

”Neitseellistä masennusta etsimässä” -
Depressiohoitajana terveyskeskuksessa

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede
Pro gradu -tutkielma
Eija Alanen
Toukokuu 2013

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede

ALANEN EIJA: Neitseellistä masennusta etsimässä – depressiohoitajana terveyskeskuksessa

Pro gradu –tutkielma, 60 sivua ja 5 liitettä

Ohjaajat: Professori Marja Kaunonen ja professori Eija Paavilainen

Toukokuu 2013

Hyvä depression hoito on monialaista ja moniammatillista yhteistyötä. Tutkimusten mukaan masennuksen hoitomallit perusterveydenhuollossa ovat vaikuttavuudeltaan tuloksellisia. Myös potilaat ovat olleet tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Valtakunnallisen suunnitelman mukaan jokaisessa kunnassa tulee olla depressiohoitajia vuoteen 2015 mennessä. Depression hoitoa perusterveydenhuollossa voidaan kuitenkin tehostaa.

Depressiohoitajien työn sisällöstä ja työskentelyolosuhteista on vielä vähän tutkittua tietoa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata depressiohoitajan työtä ja työn kehittämistä masentuneiden potilaiden hoitotyössä terveyskeskuksessa sekä yhteistyötä eri yhteistyötahojen kanssa. Aineiston keruumenetelmänä olivat depressiohoitajien esseet (n= 15) ja niiden pohjalta myöhemmin tehty teema-haastattelut seitsemälle tutkimukseen osallistuvalla hoitajalla. Teemat pohjautuivat aikaisempiin tutkimuksiin ja tutkimukseen osallistuneiden esseevastauksiin. Tutkimuksen analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista, aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Tutkimuksen mukaan depressiohoitajien työ vaihteli laaja-alaisen yleispsykiatrisen hoitotyön ja kolmiomallin mukaisen strukturoidun depression hoidon välillä. Vain muutamalla hoitajalla työ oli pääasiallisesti depression hoitotyötä. Hoitajat toivat esille kokonaisvaltaista näkemystä masennuspotilaan hoitotyössä. Depressiohoitajan moniulotteinen rooli ja tehtävät korostivat depressiohoitajan asiantuntijaroolia perusterveydenhuollossa. Perhehoitotyöhön tarvitaan jatkossa lisää resursseja. Hoitajat olivat huolissaan työssä jaksamisestaan. Työssä jaksamisen tukemiseksi nähtiin tärkeäksi työn rajaaminen sekä riittävän koulutuksen, työnohjauksen ja tuen saaminen. Kollegatuki koettiin merkittäväksi työssä jaksamista tukemaan. Psykoterapeuttisiin menetelmiin toivottiin lisää koulutusta. Vaihtuville terveyskeskuslääkäreille tarvitaan jatkuvaa koulutusta masennuksen hoidon tunnistamiseksi ja kehittämiseksi.

Jatkotutkimuksia tarvitaan edelleenkin depressiohoitajan työn sisällöstä. Jatkossa voisi tutkia depressiohoitajien käyttämiä hoitomenetelmiä ja niiden vaikuttavuutta hoidossa. Perhehoitotieteellisen tiedon näkökulmasta pitäisi kehittää puolison ja muiden perheen jäsenten huomiointiin liittyviä interventioita.

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences, Nursing Science

EIJA ALANEN: "Looking for virginal depression" – depression nurse specialist in primary care

Master's thesis, 60 pages, 5 appendices

Supervisors: Marja Kaunonen, Professor; Eija Paavilainen, Professor

May 2013

Good quality depression care is a multifaceted collaboration. Recent models integrating depression care management into primary care have demonstrated improved outcomes and patient satisfaction. According to a nation-wide plan, each municipality must have nurses specialized in depression by 2015. However, the treatment of depression in primary care needs improvement.

There have been few documentations of the content of depression nurse specialists' role and working conditions. The purpose of this study was to describe depression nurse specialists' work and activities with depressed patients in primary care and collaboration with other providers. An additional purpose was to describe the developmental needs in the role of depression nurse specialists. The main data were collected from seven (n= 7) depression nurse specialists in individual interviews for this qualitative descriptive study. The themes of interviews were formed based on the essays made by nurses and literature reviews. The data of the study were analyzed using the inductive content analysis.

Depression nurse specialists' activities varied between broad general psychiatric nursing and structured treatment of depression in a collaborator triangle. Only a few nurses are mainly engaged in depression treatment. The nurses are worried about their ability to cope with their work load. Nurses provided a holistic approach to the care of the depressed patients. The role of depression nurse is wide and multidimensional. Nurses know social and family systems as well as the biology. More resources are needed to cope with families. More education, supervision and peer support is needed. New primary doctors must be trained for the model. The work load needs to be restricted in order for nurses to cope. More psychotherapeutic strategies are needed.

Additional studies are needed to more specifically describe strategies used with depression nurse specialists. Areas for future research include more studies to evaluate the outcomes of care provided by depression nurses. It would be important to develop interventions working with spouses and other members of a family.

Key words: Depression, depression nurse specialist, mental health nursing, primary health care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	5
2.1	Masennus hoitotyön näkökulmasta.....	5
2.2	Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa.....	6
2.3	Masennuksen hoitomuodot	8
2.4	Masennuspotilasta auttava yhteistyösuhde	10
2.5	Tehokkaiksi havaitut masennuksen hoitomallit perusterveydenhuollossa	11
2.6	Yhteenvetoa tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	13
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	15
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	16
4.1	Tutkimuksen metodiset lähtökohdat	16
4.2	Tutkimukseen osallistujat	16
4.3	Aineiston keruu.....	17
4.4	Aineiston analysointi	18
5	TULOKSET	20
5.1	Taustatietoa depressiohoitajien potilaista ja hoitokäytännöistä.....	20
5.2	Depressiohoitajan moniulotteinen rooli.....	21
5.2.1	Depressiohoitaja arvioitsijana	21
5.2.2	Depressiohoitaja palveluohjaajana.....	23
5.2.3	Depressiohoitaja terapeuttina	24
5.2.4	Depressiohoitaja konsulttina	28
5.2.5	Depressiohoitaja kouluttajana	29
5.2.6	Yhteenvetoa depressiohoitajan moniulotteisesta roolista	30
5.3	Depressiohoitajan työssä jaksamista tukevat tekijät	31
5.4	Depressiohoitaja monialaisena ja moniammatillisena yhteistyöosaajana	33
5.4.1	Yhteistyö terveysaseman henkilökunnan kanssa	33
5.4.2	Terveysaseman ulkopuoliset yhteistyötahot	34
5.5	Depressiohoitajan työn kehittäminen.....	37
5.5.1	Depressiohoitaja kehittäjänä	37
5.5.2	Työn kehittäminen	38
6	POHDINTA.....	42
6.1	Tulosten tarkastelu	42
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	45
6.3	Tutkimuksen eettisyys	47

6.4 Toimenpide-ehdotukset	48
6.5 Jatkotutkimusehdotukset.....	49
LÄHTEET.....	51

LIITTEET

Liite 1. Hakutavat eri tietokannoista

Liite 2. Saatekirje ja esseekysymykset depressiohoitajille

Liite 3. Haastattelurunko

Liite 4. Depressiohoitajan työhön liittyviä tutkimuksia

Liite 5. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta

TEKSTISSÄ ESIINTYVÄT TAULUKOT

Taulukko 1. Pääkategoria depressiohoitaja arvioitsijana

Taulukko 2. Pääkategoria depressiohoitaja palveluohjaajana

Taulukko 3. Pääkategoria depressiohoitaja terapeuttina

Taulukko 4. Pääkategoria depressiohoitaja konsulttina

Taulukko 5. Pääkategoria depressiohoitaja kouluttajana

Taulukko 6. Depressiohoitajan moniulotteinen rooli

Taulukko 7. Pääkategoria depressiohoitajan työssä jaksamista tukevat tekijät

Taulukko 8. Pääkategoria yhteistyö terveysaseman henkilökunnan kanssa

Taulukko 9. Pääkategoria terveysaseman ulkopuoliset yhteistyötahot

Taulukko 10. Pääkategoria depressiohoitaja kehittäjänä

Taulukko 11. Pääkategoria työn kehittäminen

1 JOHDANTO

Depressio on kansansairaus, jota sairastaa yli 200 000 suomalaista. Sairastuminen vaikuttaa aina sekä sairastuneen omaan elämään että hänen läheisiinsä. Depressiota sairastavien vanhempien lapsilla on korkea riski sairastua mielenterveysongelmiin lapsuudessa tai aikuisiässä. (Solantaus ym. 2010.)

Masennuksesta ja masennuksen hoidosta perusterveydenhuollossa on tutkittua tietoa paljon eri tieteidenalojen näkökulmasta. Depressiohoitajatoimintaa on käsitelty lähinnä masennuksen hoitomalleja koskevien tutkimusten yhteydessä. Hoitotieteellisiä tutkimuksia depressiohoitajan työstä on huomattavan vähän. Tutkimuksen tiedonhaussa käytettiin apuna yliopiston tietopalvelun informaatikkoa. Tutkimusta varten tehtiin kirjallisuushakuja masennuksesta, psykiatrisesta hoitotyöstä ja depressiohoitajan työstä perusterveydenhuollossa Medic-, Cinahl-, Medline- ja Psycinfo- tietokannoista. Hauissa käytettiin rajauksena tutkimusartikkelia, englannin kieltä sekä vuosia 2000 – 2013. Masennus -termejä liitettiin eri yhdistelmillä depressiohoitajaan, psykiatriseen hoitotyöhön, mielenterveyshoitotyöhön, perusterveydenhuoltoon ja moniammatilliseen yhteistyöhön. (Liite 1.)

Depression tunnistamisessa on ongelmia. Tutkimusten mukaan perusterveydenhuollossa sadasta potilaasta 20:lla on depressio. Näistä puolet jää toteamatta. (Duodecim 2009.) Vuorilehdon (2008) mukaan melkein 90 %:lla terveyskeskuksen depressiopotilaista oli lisäksi toipumista hidastavia muitakin psykiatrisia tai kroonisia fyysisiä sairauksia. Puolentoista vuoden seuranta-ajan jälkeen neljännes potilaista sairasti yhä samaa depressiota. Puolet potilaista oli toipunut vain osittain tai depressio oli jo uusiutunut. Tutkimuksen tavoitteena oli luoda aiempaa kattavampi käsitys terveyskeskuspotilaiden depressiosta. Tutkimuksessa selviteltiin saatua hoitoa, masennuksen kestoa ja uusiutumista sekä mahdollisia itsetuhoajatuksia ja itsemurhayrityksiä. Tutkimuksen perusteella terveyskeskuspotilaiden lievätkin depressio-oireet saattavat itse asiassa olla merkki huonosti parantuneesta vakavasta masennustilasta, jonka hoitoa pitäisi tehostaa. Hoidon kehittämisessä pitää huomioida depression runsas uusiutuminen ja kroonistuminen terveyskeskuspotilailla. Vuorilehdon (2008) mukaan erityisesti työnjakoa ja yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tulisi selkiyttää.

Palvelujärjestelmässä perusterveydenhuollolla on merkittävä rooli masennuspotilaiden tunnistamisessa (Lönngqvist 2006). Palvelujen toimivuuden ja hoitajien ammattitaidon hyödyntämisen näkö-

kulmista on välttämätöntä nähdä myös hoitajien tekemä mielenterveystyö perusterveydenhuollon mielenterveystyön kokonaisuudessa (Hyvönen 2004.) Perusterveydenhuollossa tarvitaankin vahvaa depression tunnistamisen ja hoidon osaamista, jota edustavat depressiohoitaja yhteistyössä potilasta hoitavan omalääkärin ja konsultoivan psykiatrin kanssa (STM 2010). Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma suosittaa kaikkiin terveyskeskuksiin depressiohoitajatyömallia ja perusterveydenhuollon toiminnan vahvistamista psykiatrisella konsultaatiotuella (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009). Masennuksen hyvän hoidon kehittämiseksi on tarpeen miettiä myös tarkkaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjakoa ja kehittää joustavia yhteistyömalleja (Vuorilehto ym. 2003, Vuorilehto 2008).

Depressiohoitajana toimiminen edellyttää vahvaa depression hoidon osaamista. Sairaanhoitajan perustutkintotason lisäksi tarvitaan erityistä tietoa, taitoa ja laaja-alaista erityisosaamista depressiota sairastavan ihmisen hoidosta. Ammattikorkeakouluille on laadittu depressiohoitajakoulutuksen opetussuunnitelmaan valtakunnalliset suositukset, joilla pyritään takamaan depressiohoitajien laadukas osaaminen ja depressiopotilaiden hyvä hoito. (Vuorilehto ym. 2010.)

Depressiohoitajalta vaaditaan myös kliinistä osaamista päihdeongelmista ja niiden hoidosta. Päihdeiden käyttöön saattaa liittyä masennustilan kaltaisia depressiivisiä oireita, jotka vaikuttavat hoitomuodon valintaan. (Käypä hoito 2010). Monialainen yhteistyöosaaminen on yksi depressiohoitajan osaamisvaatimuksista. Hoidon suunnittelu ja toteutus edellyttävät yhteistyötä oma lääkärin ja depressiohoitajan välillä. Konsultoiva psykiatri on tässä yhteistyössä myös tärkeä kumppani. (STM 2010.)

Depressiohoitajalta edellytetään myös taitoa työskennellä perheiden kanssa sekä ohjata, opettaa potilasta ja hänen läheisiään (Kilku 2008). Lisäksi hänellä tulee myös olla taitoa ohjata erilaisia hoidollisia ryhmiä, sillä vertaisryhmien on todettu tukevan depressiosta toipumista (Kuosmanen ym. 2010). Depressiohoitaja toimii palvelukokonaisuudessa potilaidensa ”case-managerina”. Se edellyttää palvelujärjestelmän tuntemista, konsultaatio-osaamista sekä monialaisen ja moniammatillisen yhteistyön osaamista. Työnantajan tulee huolehtia myös depressiohoitajien vertaistuen saamisesta sekä säännöllisistä työnohjauksista. (STM 2010.)

Depression hoidossa on kehitelty moniammatillisia Käypä-hoitosuositusten (Käypä hoito 2010) mukaisia hoito-ohjelmia 1990-luvulta lähtien. Ensimmäisiä depression hoito-ohjelmia oli v. 1996 julkaistu W. Katonin ryhmän kokeilu USA:ssa (Katon ym. 1996), jossa potilas sai 4-6 kertaa kogni-

tiivista psykoterapiaa. Terapian ohella hoitoon kuului myös masennuslääke ja BDI-seuranta (Beckin masennuskysely) sekä konsultoivan psykiatrin tiivis ohjaus terveyskeskuslääkäreille. Vantaalla Martinlaaksossa aloitettiin kokeiluna v. 2001 Kantonin mallia mukaileva depression hoito-ohjelma. Sitä varten palkattiin psykiatrinen sairaanhoitaja, jolta potilas sai opastusta depression hoitoon ja tukea ongelmien ratkaisemiseen. Hoitojaksojen oikein kohdentamista ja sisältöä tuki konsultoiva psykiatri. Vantaan depression hoito-ohjelma on linjassa suomalaisen Käypä hoitosuosituksen kanssa, joka nimeää perusterveydenhuollon laatuksikriteereiksi lääkityksen lisäksi psykososiaalisen hoidon, riittävän seurannan ja oiremittarien käytön (Käypä hoito 2010).

Masto-hanke toteutettiin masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi v. 2008 – 2011. Hankkeen käynnistyessä loppuvuodesta 2007 masennuksesta aiheutuva työkyvyttömyys oli lähes kaksinkertainen edeltäneen kymmenen vuoden aikana (Masto 2010).

Vantaalla ja Keravalla v. 2007 - 2009 toteutuneessa Sateenvarjo-projektissa (mielenterveys- ja päihdepotilaiden kehittämishankkeessa) kerättiin depressiohoitajien potilaiden tutkimusaineisto (n=100), jota analysoitiin ja raportoitiin ja jonka pohjalta jatkettiin kehittämistyötä. Tutkimuksessa keskivaikeita masennusoireita oli 67 %:lla potilaista, lopuista suurimmalla osalla lieviä. 50 %:lla oli aiemmin ollut yksi tai useampi masennusjakso. 21 % potilaista oli saanut aikaisemmin masennuslääkitystä sekä 31 % oli ollut aikaisemmin hoidossa erikoissairaanhoidossa mielenterveysongelmien vuoksi. Projektin aikana depressiohoitajien toimenkuvaa laajennettiin depression ennaltaehkäisy- ja itsehoitoryhmien ohjaamiseen yhdessä sosiaalitoimen työntekijöiden ja somaattisten sairauksien vastuuhoidtajien kanssa sekä järjestettiin koulutus- ja kehittämispäiviä valtakunnallisesti. Depressiohoitajan työskentely kolmikantamallin (yhteistyössä terveyskeskuslääkärin, depressiohoitajan ja konsultoivan psykiatrin kanssa) mukaisesti soveltuu hyvin tämän tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon depressiopotilaiden hoitoon. Projektissa suositeltiin huomion kiinnittämistä enemmän ensi kertaa depression sairastuneiden hoitoon. Lisätutkimuksia tarvitaan yhteistyömallin vaikuttavuuden arvioimiseksi. Jatkossa on myös tärkeätä pystyä kuvaamaan depressiohoitajan työn sisältöä myös laadullisin menetelmin ja yhtenäistää depressiohoitajien työnkuvaa valtakunnallisen manuaalin avulla. (Vuorilehto ym. 2008.)

Vantaan mallin mukaisia masennuksen hoitomalleja on levinnyt jo muuallekin Suomeen 2000 -luvulla. Pohjanmaalla on tehty pilottitutkimus v. 2007 depressiohoitajien potilaista (n=182). Tutkimuksen mukaan depressiohoitajan työ on kustannustehokasta. Depressiohoitajien antama lyhytterapia (interpersoonallinen terapia) vähentää masennusoireita ja lisää potilaiden toimintaky-

kyä. Potilaat ovat olleet myös tyytyväisiä toimintaan. Masennusoireiden väheneminen on ollut tilastollisesti merkitsevää sekä toimintakyvyn muutos hoidon alun ja lopun välillä sekä muutos hoitajakson loppumisen ja seurantakäynnin välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevää. (Pohjalaiset masennustalkoot- hanke v. 2004 – 2007.) Tampereen kaupungin ”Uusia mahdollisuuksia masennuksen hoitoon”- hankkeen tarkoituksena vuosina 2005 – 2007 oli myös mahdollistaa lieville ja keskivaikeille masennusta sairastaville tehokkaampaa hoitoa perusterveydenhuollossa (Uusia mahdollisuuksia masennuksen hoitoon -projekti v. 2005 – 2007).

Depressiohoitajamallia on tutkittu useissa lääketieteellisissä perusterveydenhuollon interventiotutkimuksissa (Gilbody ym. 2006, Bower ym. 2006), joissa se on johdonmukaisesti osoittautunut hyödylliseksi. Sen toimivuuden keskeisiä edellytyksiä näyttäisivät olevan asianmukaisesti toteutettu säännöllinen psykiatrin antama työnohjaus sekä depressiohoitajan aiempi psykiatrinen kokemus. Keskeinen syy hoidon paremmalle vaikuttavuudelle on antidepressiivisen lääkehoidon parempi toteutuminen kolmikantamallissa. (Isometsä 2009.)

Hoitotieteellisiä tutkimuksia depressiohoitajan työstä on tehty huomattavan vähän. Aikaisempien tutkimusten mukaan korostui psykiatrisen sairaanhoitajan rooli konsultoivana sairaanhoitajana, jossa yhdistyisi terapeutin, konsultin, yhteistyöagentin ja arvioijan tehtävät (Walker ym. 2000). Tovey` ym. (2004) mukaan myös psykiatrisen sairaanhoitajan keskeisinä tehtävinä korostettiin lyhyt-terapeuttisia hoitointerventioita muun muassa kognitiivista terapiaa, koulutusta, ohjausta, tukea muulle työryhmälle, mielenterveysongelmien varhaista tunnistamista, potilaan nopeaa pääsyä arviointiin ja lääkehoidon seurantaa. Myös Sateenvarjo-projektin (Vuorilehto ym. 2008) ja Pohjalaiset masennustalkoot - hankkeen (v. 2004 - 2007) mukaan depressiohoitajan työ kolmikantamallin mukaisesti soveltuu hyvin perusterveydenhuollon depressiopotilaiden hoitoon. Näitä tutkimustietoja voidaan käyttää myös taustatietona kehitettäessä masennuspotilaiden hoitotyön käytäntöä.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata depressiohoitajan työtä ja työn kehittämistä masentuneiden potilaiden hoitotyössä terveyskeskuksessa. Kotimaisia hoitotieteellisiä tutkimuksia ei ole aikaisemmin tehty tästä näkökulmasta.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Masennus hoitotyön näkökulmasta

Masennus on aina yksilöllinen kokemus, mutta myös kulttuuri ja toiset ihmiset vaikuttavat masennuksen luonteeseen. Masentuneisuus ilmenee mielialassa, tunteissa, ajatuksissa, toimintakyvyssä ja sosiaalisessa kanssakäymisessä. Se vaikuttaa koko ihmisen mieleen, kehoon ja toimintaan. (Noppari ym. 2007.)

Tunnekokemuksena masennus ilmenee mielialan laskuna, alakulona, kiinnostuksen puutteena, tunteiden latistumisena, mutta myös itkuherkkyytenä. Masentuneisuuteen voi liittyä ahdistuneisuutta ja pelkoa. Masennus voi ilmetä myös kehon kokemuksena, esimerkiksi kipuna tai särkyinä. Masentuneen ihmisen näkökulmasta on tärkeää, että hän tulee nähdyksi, kuulluksi ja hyväksytyksi omine kokemuksineen, ja hän voi kokea, että hänen tunnekokemuksensa jaetaan. Hyvään hoitoon kuuluu ymmärrys, mikä merkitys kokemuksella on potilaalle. (Noppari ym. 2007.)

Greenbergin (2001) näkemys masennuksesta tunteiden prosessoinnin ongelmana, sen kehittymisestä ja hoitamisesta on mielenkiintoinen ja myös käytännön terapiatyöhön sovellettavissa. Greenberg painottaa depression hoitamisessa empaattista ja hyvään vuorovaikutukseen perustuvaa tukea, joka antaa potilaalle mahdollisuuden kokea ja kohdata omat sisäiset tunteensa. Potilas on itse aktiivinen ratkaisija oman elämänsä kysymyksissä. Empatia ja jatkuva sisäisten kokemusten tutkiminen johtaa siihen, että masentunut ihminen kykenee ottamaan itsensä ja omat tunteensa todempana sekä olemaan empaattisempi ja sallivampi itseään kohtaan. Onnistuneessa hoidossa potilaat siirtyvät toivottomuudesta toivoon, voimattomuudesta aktiivisuuteen ja masennuksen tunteista kiinnostukseen. (Greenberg 2001.)

Kulttuurissamme on vahvasti esillä lääketieteellinen käsitys masennuksesta oireineen ja hoitoineen. Jokainen potilas joutuu viime kädessä itse ottamaan kantaa kulttuurissaan vallitseviin terveyskäsitteisiin ja hoitomuotoihin. Yhteistyö potilaan kanssa tulee toteuttaa niin, että siinä huomioidaan myös potilaan käsitykset ja kulttuuriset ominaisuudet ja kunnioitetaan niitä. (Noppari ym. 2007.)

Mattilan (2002) mukaan hoidossa ja terapiassa masennus voidaan hahmottaa tienviitaksi, jossa ensisijaista ei olekaan masentunut mieliala, vaan se, että ihminen kyseenalaistaa vanhat arvot tai elämän

ratkaisut ja arvioi niitä uudelleen. Syntyy eräänlainen siirtymävaihe, jossa vanha on jäämässä taakse eikä uusi ole vielä näkyvissä. Tällöin hoidossa on tärkeää pysähtyä kunkin elämänarvoihin liittyvien kysymysten äärelle. Tämä ajattelu tuo hoitoon toisenlaista näkemystä oirekeskeisen ajattelun sijaan. (Mattila 2002.)

2.2 Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa vuoteen 2015 esitetään, että kaikissa terveyskeskuksissa olisi käytössä depressiohoitajamalli. Suunnitelmassa painotetaan myös depression ja muiden mielenterveysongelmien ylisukupolvisen siirtymisen ehkäisyä päihde- ja terveydenhuollossa (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009).

Kansanterveystyön näkökulmasta perusterveydenhuollolla on merkittävä rooli masennuspotilaiden tunnistamisessa. Yhä useampi masentuneeksi itsensä kokeva saakin lievään ja keskivaikeaan masennukseen asianmukaista hoitoa perusterveydenhuollossa (Lönnqvist 2006). Masennustilan hoidon myönteisestä kehityksestä huolimatta vain noin kolmasosa masentuneiksi tunnistetuista on hoidossa. Muut somaattiset sairaudet ja mielenterveyshäiriöt, kuten ahdistuneisuus-, persoonallisuushäiriö- tai päihdehäiriö ja/tai niiden lääkehoito voi vaikuttaa potilaan oirekuvaan, ja tällöin masennus voi jäädä havaitsematta. (Noppari ym. 2007.)

Mahdolliset somaattiset syyt masennustilojen yhteydessä tulee huomioida erityisesti iäkkäillä, joilla ei ole aiemmin ollut masennustiloja. Masennustilaan liittyvät ns. vegetatiiviset oireet, kuten väsymys, psykomotorinen hidastuneisuus, ruokahaluttomuus ja laihtuminen, voivat merkitä myös somaattista sairautta. Tällaisia sairauksia ovat kilpirauhasen ja keskushermoston sairaudet sekä pahanlaatuiset kasvaimet. (Isometsä 2006.)

Perusterveydenhuollossa masennustilan kliininen kuva on monitahoinen. Potilas hakeutuu hoitoon usein fyysisen oireen vuoksi (Vuorilehto ym. 2005), joista tavallisin on jokin kiputila, kuten vatsatai päänsärky. Oireina saatetaan valittaa myös seksuaali- ja unihäiriöitä, vaihdevuosisoireita, lääkkeiden sivuvaikutuksia, pakko-oireita, sosiaalisia pelkoja sekä paniikki- ja syömishäiriötä. Kun potilaan asiaan paneudutaan, taustalla huomataan olevan masennustila. (Noppari ym. 2007.)

Masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito ovat tärkeitä, sillä masennusjakson pituus vaikuttaa toipumiseen. Kuuden kuukauden pituiselta sairauslomalta puolet palaa työhön, yli vuoden kestäneeltä sairauslomalta vain 18 %. Masennusta on hoidettava riittävän pitkään uusiutumisen estämiseksi, sillä masennuksen toistuvuus on ensimmäisen jakson jälkeen 50 %, toisen jakson jälkeen 75 % ja kolmannen jakson jälkeen 90 %. Masennuksesta aiheutuvien sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kaksinkertaistunut runsaassa kymmenessä vuodessa. (Mäkinen ym. 2009.)

Masentuneet potilaat, joilla on ollut pitkäaikaisia muutoksia ja menetyksiä ihmissuhteissa ja sosiaalisessa roolissa, muun muassa yksin asuva, eronnut, leski, pienten lasten yksinhuoltaja, pitkäaikaisytyötön tai matala sosiaaliekonominen asema, tulisi tunnistaa ja kartoittaa, kuinka merkittäviä ja pysyviä muutoksia kyseiset tapahtumat ovat potilaan elämässä aiheuttaneet. Tällöin voidaan ehkä ennakoida masennustilan kestoa ja edistää potilaan toipumista kiinnittämällä huomio asianmukaiseen hoitoon ja sosiaaliseen tukeen. (Isometsä 2006.)

Depression Käypä hoito-suosituksen (2010) ja alueellisten hoito-ohjelmien mukaisesti tulisi vahvistaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä, koska masennustilojen hoidossa tulisi pystyä entistä nopeampaan, monipuolisempaan ja intensiivisempään hoitoon jo peruspalveluissa. Jos potilaan hoitovastetta ei saavuteta kahdeksassa viikossa perusterveydenhuollon hoito-ohjelmaa noudattamalla, potilaan tulisi voida viiveettä siirtyä erikoissairaanhoidon palvelujen piiriin. Ne potilaat, jotka kärsivät vaikeasta, monihäiriöisestä, psykoottisesta masennuksesta tai vakavasta itsetuhoisuudesta, kuuluvat erikoissairaanhoidon piiriin. (Noppari ym. 2007.)

Depression Käypä hoito-suosituksessa (2010) todetaan myös, että perusterveydenhuollossa tarvitaan koulutettua ja erikoistunutta hoitohenkilökuntaa masennuspotilaiden ohjaukseen, seurantaan ja psykososiaaliseen tukemiseen ja sairastumisvaarassa oleviin ryhmiin kohdennettuja seulontoja. Perusterveydenhuollon tulisi hyödyntää myös depressiohoitajamallia, jossa potilaalle annetaan informaatiota, ohjausta, neuvontaa sekä tukea ryhmissä (Korkeila 2006).

Vantaalla on selvitetty muun muassa psykiatrisen erikoissairaanhoidon masennuspotilaiden oheissairastavuutta ja todettu noin puolella (44 %) olevan persoonallisuushäiriön ja neljänneksellä (25 %) päihdeongelman. Terveyskeskuksen vaikeahoitoisiksi koetut masennuspotilaat muistuttavat tältä osin saman alueen erikoissairaanhoidossa olevia potilaita. (Vuorilehto & Isometsä 2003.)

Depression hoidon kolmikantamalliin sisältyvät depressiohoitajamalli ja depressiokoulu eli depression ennaltaehkäisy- ja itsehoitokurssi, jonka avulla pyritään ennaltaehkäisemään joko lievien oireiden pahenemista tai oireiden uusiutumista. Mallissa on keskeistä antaa potilaalle tehostettua hoitoa oikea-aikaisesti, ja hoitoon on sisällytetty myös seuranta. Depression hoidon kolmikantamalli on moniammatillinen. Se perustuu terveystieteiden, lääketieteen, psykologian ja psykiatrian väliseen yhteistyöhön. Lääkäri vastaa diagnoosista sekä lääkityksen, työkyvyn ja sairausloman tarpeen arvioinnista. Hän ohjaa potilaan hoidon aloituksen jälkeen depressiohoitajalle, joka kartoittaa tilannetta. Depressiohoitaja voi yhdessä asiakkaan kanssa suunnitella sopivan hoitopolun. (Jääskeläinen ym. 2010). Toivon merkitys on olennaista yksilö- ja ryhmätapaamisissa. Parhaiten pystytään hoitamaan lievästä ja keskivaikeasta masennuksesta kärsiviä potilaita. Jos depressiohoitajan toteuttama hoito ei ole riittävä potilaan sairauden hoitamiseksi, potilas ohjataan erikoissairaanhoidon. (Jääskeläinen ym. 2006.)

Vuorilehdon & Kivekkään (2012) mukaan perusterveydenhuollon depression hoitoa voidaan tehostaa. Depressiohoitajatoiminnan järjestämistapa, työskentelyolosuhteet ja sisältö ovat vielä vakiintumattomia. Hoitajan työ vaihtelee laaja-alaisen yleispsykiatrisen hoitotyön ja kolmiomallin mukaisen strukturoidun depression hoidon välillä. Hoitajat ovat huolissaan työssä jaksamisesta. Toimiva yhteistyö edellyttää uusien terveystieteiden perehdyttämistä ja psykiatrian kliinistä ohjausta. Depressiohoitajat tarvitsevat täydennyskoulutuksen ohella työnohjausta ja vertaistukea. Työ tulee rajata niin, että hoitajat jaksavat työssään ja hoitokokonaisuus säilyy näyttöön perustuvana ja tehokkaana. (Vuorilehto & Kivekäs 2012.)

2.3 Masennuksen hoitomuodot

Käypä Hoito – suosituksen (2010) mukaan lievässä ja keskivaikeissa masennuksissa psykoterapia on hyvä hoitomuoto. Vaikeissa masennuksissa painottuvat biologiset hoidot. Lääkitys on syytä aloittaa aina, kun masennus on vähintään keskivaikea tai kun kyse on pitkittyneestä masennuksesta. Trauman kokeneille psykoterapia saattaa tehoata paremmin kuin lääkkeet. Samoin terapia on tarpeen, kun potilaalla on merkittäviä ajankohtaisia stressitekijöitä, mielensisäisiä ristiriitoja tai persoonallisuushäiriö. (Käypä Hoito 2010.)

Masennuslääkkeet tehoavat parhaiten yhdistettynä psykoterapiaan tai muuhun normaaleja toimintamalleja tukevaan kuntoutukseen (Castren 2009). Kognitiiviset ja interpersoonalliset lyhytterapiat

on todettu tuloksellisiksi masennustilojen hoidossa (Käypä Hoito 2010). Perinteisen kognitiivisen terapian tavoitteena on lisätä potilaan tietoisuutta ajatuksistaan, tunteistaan, kehon tuntemuksistaan ja toimintatavoistaan, mikä toimii edellytyksenä, kun pyritään korjaamaan niitä noidankehiä, jotka masennusta tuottavat. Näin potilaalle tulee mahdolliseksi muuttaa kielteisiä ajattelutapojaan, säädellä tunteitaan ja löytää mielekkäämpiä toimintatapoja. Kognitiivisessa terapiassa nähdään depression syntymekanismit monen tekijän yhteissummana. Ensimmäiset masennuskaudet laukaisevat yleensä kielteiset elämäntapahtumat, kuten erot, hylkäämiset ja pettymykset. Masennustilalle on ominaista vuorovaikutus ajatusten, tunteiden, ruumiillisten kokemusten ja käyttäytymisen välillä. Nämä vaikuttavat toisiinsa ja ylläpitävät depressiota. Paitsi, että kielteiset ajatukset ja mielikuvat johtavat mielialan laskuun, vaikuttaa siltä, että keskeinen tekijä uusiutuvissa depressioissa on erityinen haavoittuneisuus ja herkkyys surumielisyydelle ja alhaiselle mielialalle. (Clark & Beck 1999.)

Mindfulnessiin perustuva kognitiivinen terapia (MBCT) on yhdistelmä itämaista mindfulness-meditaatiota ja perinteistä kognitiivista terapiaa. Se on psykoedukatiivinen menetelmä, joka fokusoi enemmän voimavaroihin ja taitoihin kuin ongelmiin. MBCT käyttää ruumiillisia menetelmiä enemmän kuin muut psykoterapeuttiset menetelmät. Itsetuntemuksessa on kyse myös oman kehon ja sen reaktioiden tuntemuksista. Hengitys on se perusta, johon turvaudutaan, kun kokemukset käyvät ylivoimaisiksi. Kuten muissa kognitiivisen terapian muodoissa MBCT:hen kuuluu välitehtäviä. Pelkän puhumisen avulla saatu oppiminen on rajoitettua. Pysyvämpi muutos on laadultaan kokemuksellista. Niiden potilaiden kohdalla, joilla on ollut kolme tai sitä useampi masennusjakso voidaan ajatella, että depressiojaksot ovat enemmän automatisoituneita reaktioita ja silloin MBCT vastaa potilaiden tarpeisiin saada apua niiden käsittelyyn. (Teasdale ym. 2000.)

Masennuksen ehkäisyn tehosta on näyttöä eri kohderyhmillä (synnyttäneet, nuoret, fyysisesti sairaat, ikääntyneet) eri menetelmillä, esimerkiksi juuri kognitiivis-behavioraalinen ja interpersoonalinen terapia yksilö- ja ryhmämuotoisesti toteutettuna. Depressiohoitajan ohjaamat depressiokoulut ovat riskiryhmien masennuksen ennaltaehkäisyä. (Cuijpers 2008.)

Depressiohoitajan työssä käytetään usein myös psykoedukatiivista lähestymistapaa. Bergin (2007) mukaan psykoedukatio käsitteenä on erilaisten opetuksellisten tekniikoiden, menetelmien ja lähestymistapojen käyttämistä mielenterveysongelmista toipumisen helpottamiseksi tai mielenterveysongelmien hoidon ohella.

Psykoedukatiivisen hoitomallin tausta-ajatuksena on stressi-haavoittuvuusmalli, jossa psyykkinen sairaus nähdään reaktiona vaikeaan elämäntilanteeseen. Stressitekijät voivat olla hetkellisiä tai jatkuvia. Haavoittuvuudella tarkoitetaan perinnöllisiä tai muutoin biologisia tekijöitä, jotka saattavat henkilön alttiiksi mielenterveydenhäiriölle. Potilaan saadessa tietoa sairaudestaan hänen elämänhallinnan tunteensa kasvaa ja hän saa toivoa ja kykyä selvitä sairauden mukanaan tuomista haasteista. Psykoedukaation tavoitteena on potilaan itseymmärryksen lisääntyminen. Masennus uusiutuu herkästi, joten on tärkeää, että uusiutumisen varalle on suunnitelma. Hoitomallin tavoitteena on selvittää sairastumista edeltävät tapahtumat ja tunnistaa varhaiset varomerkit ja oireet. Psykoedukatiivinen työote tarkoittaa näyttöön perustuvan tiedon antamista potilaalle ja sen avulla myös potilaan lääkehoidon tukemista. Myös potilaan asenne masennussairauteen saattaa olla negatiivinen. Tällöin tiedon antaminen auttaa potilasta hyväksymään sairautensa ja oppimaan uusia toimintatapoja sairauden kanssa selviämisessä. Suomessa psykoedukatiivisesta työmuodosta käytetään myös nimeä koulutuksellinen perhetyö. Myös potilaan läheisille ja omaisille on oleellista antaa tietoa masennuksesta, jotta he osaisivat auttaa potilasta toipumisessa. (Haarala ym. 2007.)

2.4 Masennuspotilasta auttava yhteistyösuhde

Yhteistyösuhde kuvaa hyvin hoitosuhteen vastavuoroisuutta ja potilaan/asiakkaan osallisuutta. Siinä yhdistyvät hoitajan ammatillinen osaaminen ja potilaan asiantuntijuus omassa elämäntilanteessaan. Yhteistyösuhteessa korostuu dialoginen vuorovaikutus. (Kiikkala 2001.)

Dialogissa potilaan kanssa tulee välittyä empaattisuus ja kuuntelemisen taito. Auttamisessa on tärkeää keskustella voimaa antavista positiivisista ajatuksista ja asioista. Perheen ja sosiaalisen verkoston kyky tukea ja auttaa on merkittävä. Voimaantuminen merkitsee muun muassa sitä, että henkilö tuntee voimavaransa realistisella tavalla. Hänellä on mahdollisuus tehdä omia valintojaan. Yhdessä potilaan kanssa kartoitetaan sosiaalisen verkoston tuki ja oman yhteisön voimaa antavat ja kuormittavat tekijät. (Noppari ym. 2007.)

Perheen jäsenen sairastuessa perheen tulee saada myös tulla kuulluksi ja tuoda näkemyksensä yhteiseen keskusteluun. Perheen jäsenen masennus voi olla kuormittavaa omaiselle, ja hänen tulee myös huolehtia omista voimavaroistaan. Puolisonkin on tärkeää voida puhua perhettä kuormittavista ja voimaannuttavista tekijöistä. (Koskisuu & Kulola 2005.)

Masentuneiden vanhempien lapsilla on moninkertainen riski sairastua masennukseen ennen aikuisikää. Ne vanhemmat, jotka laiminlyövät lapsiaan, ovat muita useammin itsekin masentuneita, stressaantuneita ja päihdeongelmista kärsiviä. Psykososiaaliset ongelmat vievät vanhemmuudelta voimavaroja ja heikentävät lapsen ja vanhemman välisen turvallisen kiintymyssuhteen kehittymistä. Tämä altistaa lapsen erilaisille stressi- ja traumakokemuksille, joiden on todettu vaikuttavan aikuisiän psyykkiseen ja somaattiseen terveyteen, stressin säätelykykyyn sekä aivojen toimintaan. (Gunnar 2007.) Perheen vanhemman sairastaessa depressiota tulee kiinnittää huomio myös perheen lasten tukemiseen ja selviytymiseen. On tärkeää, etteivät lapset kanna syyllisyyttä vanhemman sairaudesta eivätkä ota perheessä vanhemman roolia. Lapsille tulee myös selvittää, että vanhemmat saavat apua masennukseensa. Lapselle annetaan tietoa masennuksesta hänen ikätasonsa huomioiden. (Solantaus & Ringbom 2005.)

Myös vertaisryhmien tuki on oleellista. Vertaisryhmissä masentuneella ihmisellä on mahdollisuus jakaa ajatuksia ja tunteita sekä saada voimavaroja arkeen (Koffert & Kuusi 2002). Vertaisryhmätoiminnan tavoitteena on lisätä ryhmän jäsenten tietoisuutta omasta mielialastaan ja ajatuksistaan ja saada tietoa masennuksesta. Ryhmän jäsenten itsehoitokeinoja ja luottamusta selviytyä vahvistetaan kaikin tavoin. (Haarala 2006.) Dalgard (2006) tuo esille tutkimuksessaan positiivisia tuloksia aikuisille järjestetyistä masennusryhmistä, joihin liittyi psykoedukaation käyttö osana tutkimusta.

Uusimpien tutkimusten mukaan vähäinenkin liikunta vaikuttaa mielialaan. Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan liikunnalla on merkitystä ainakin ennaltaehkäisevässä mielessä. Masennusta kokevilla potilailla liikunnan antama itsehallinnan tunne voi olla tärkeä, sillä masennukseen liittyvä voimattomuuden tunne usein passivoi (Leppämäki 2006).

Ryynänen (2004) tuo esille toivon merkityksen masennuspotilaan hoidossa. Toivo saavutetaan usein hyvin pienilläkin arjen asioilla. Toivoa merkitsevät hyvin yksilölliset asiat, esimerkiksi vertaiset, läheiset ja kotieläimet. Toivon tulisi löytyä potilaan itselleen tärkeiksi kokemista aiheista, hänen merkityskokemuksistaan. (Ryynänen 2004.) Raitasalon ym. (2004) mukaan masennuspotilaan hoitoa ja kuntoutusta suunniteltaessa on erittäin perusteltua kiinnittää huomio oireiden lisäksi potilaan elämänhallintaan, erityisesti toiveikkuutta ylläpitäviin tekijöihin.

2.5 Tehokkaiksi havaitut masennuksen hoitomallit perusterveydenhuollossa

Tutkimusten (Gilbody ym. 2006, Bower ym. 2006) mukaan onnistuneiden masennuksen hoitomallien ominaisuuksia perusterveydenhuollossa ovat muun muassa perusterveydenhuollon lääkärin ja konsultoivan psykiatrin välinen yhteistyö sekä psykiatrin antama työnohjaus. Parhaita tuloksia masennuksen hoitoa kehitettäessä on saavutettu moniammatillisilla yhteistyömalleilla, jossa seurannasta vastaa siihen erikseen koulutettu työntekijä, ”case manager”. Masennuksen tehokkaan hoidon toteutumisen lisäksi on tärkeää riittävän pitkä seuranta toipumisen varmistamiseksi ja uusiutumisen ehkäisemiseksi sekä toiminnan ja tulosten dokumentointi ja jatkuva seuranta (Gilbody ym. 2006, Bower ym. 2006.)

Vantaan depression hoidon kolmikantamalli on depression Käypä hoito- suositusten linjausten mukainen sekä perustuu kansainvälisiin tutkimuksiin ja Vantaalla tehtyihin selvityksiin masennuksen hoidosta. Kolmikantamallin mukainen akuuttihoitojakso sisältää 1- 6 käyntiä depressiohoitajan vastaanotolla. Aluksi kartoitetaan asiakkaan kanssa esitiedot, ajankohtainen ongelma ja oireet, päihteiden käyttö, toimintakyky ja sosiaalisen tukiverkoston toimivuus. Käynneillä kiinnitetään huomiota lääkityksen toteutumiseen ja toipumista seurataan Beckin depressiomittaria apuna käyttäen. Potilas saa opastusta depression itsehoidosta, uusiutumisen varomerkeistä ja tukea ajankohtaisten ongelmien ratkaisemiseen. Depressiohoitaja kiinnittää huomiota myös perheellisten potilaiden lasten vointiin. Sitoutumisen edistämiseksi potilaan ensikontakti depressiohoitajaan tapahtuu puhelimitse. Ensimmäinen käynti on kahden viikon kuluessa. Jatkohoito on harvajaksoisilla hoitajan kontakteilla yleensä kahden vuoden ajan. (Vuorilehto ym. 2008.)

Laajassa meta-analyysissä koottiin kaikki perusterveydenhuollon depression hoitoa koskevat satunnaistetut kliiniset kokeet, jossa verrattiin tavanomaisesti organisoidun hoidon tuloksellisuutta kolmikantamalliin (”collaborative care”). Mukaan otettiin tutkimukset, joissa hoitomalli sisälsi depressiohoitajan (”case manager”), 2 – 14 hoitosessiota sekä tämän työtä ohjaavan konsultoivan psykiatrin (joissakin tapauksissa psykologin). Paremman tehokkuuden syitä kartoittaessa a) parempi lääkityshoidon toteutuminen b) depressiohoitajan aiempi psykiatrinen kokemus ja c) heidän saamansa työnohjaus konsultoivalta psykiatrilta olivat keskeisiä selittäjiä. (Gilbody ym. 2006.)

Saurin ym. (2002) kokeellisen tutkimuksen mukaan ratkaisukeskeinen hoitomalli (ns. stepped - care) todettiin vaikuttavaksi hoitomuodoksi ikääntyneiden masennuspotilaiden hoidossa perusterveydenhuollossa yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa. Psykiatrisella sairaanhoitajalla oli asiantuntijarooli oman ammattialansa edustajana. Schaik ym. (2004) toteutti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, jossa tutkimustehtävänä oli psykoterapia vai mielialälääkitys potilaan valitsemana

interventiona ja valitun intervention vaikutus hoitoon. Suurin osa oli psykoterapian kannalla, koska psykoterapian oletettiin auttavan masennuksen syihin. Potilaan mahdollisuudella valita hoitomuoto oli positiivinen vaikutus hoitotulokseen (Schaik ym. 2004.)

Cleverin ym. (2006) tutkimuksen mukaan potilaat, jotka osallistuivat päätöksentekoon oman hoitonsa suhteen, saivat parempia hoitotuloksia masennuksesta toipumisessa. Potilaan aktiivinen rooli sekä heidän mielipiteittensä kuuleminen olivat tärkeitä hoidon onnistumisen kannalta. Tutkimuksen yhtenä hypoteesina oli myös se, että yhdenmukaisten ohjeiden saanti vaikuttaisi masennuksesta toipumisessa. Tulokset eivät tukeneet tätä oletusta. Kommunikaation laadulla oletettiin todennäköisesti olevan suurempi vaikutus hoidossa. (Clever ym. 2006.)

Schulbergin (2001) mukaan strukturoidut ohjeet, potilaan mahdollisuus osallistua päätöksen tekoon oman hoitonsa suhteen, potilaan aktivointi ja voimaannuttaminen ovat myös oleellisia masennuksen hoidon toteuttamisessa. Mielialalääkitys ja lyhytpsykoterapeuttiset interventiot (kognitiivinen terapia, ratkaisukeskeinen terapia) on todettu vaikutuksiltaan yhtä tehokkaiksi (Schulberg 2001). Vaikka lyhytterapiat on todettu tehokkaiksi depression hoitamisessa, niitä on myös kritisoitu ja epäily niiden soveltuvuutta hoito-olosuhteissa sekä tulosten pysyvyyttä (Parker & Fletcher 2007).

2.6 Yhteenvetoa tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Biopsykososiaalinen ihmiskäsitys on mielekäs tapa hahmottaa masennusta ja sen hoitoa. Masennus on hyvin fyysinen sairaus, se lamauttaa, vaikuttaa ruokahaluun ja uneen, väsyttää ja aiheuttaa kipuja ja särkyjä. Masennuksen psykologisia oireita ovat muun muassa mielialan lasku sekä mielihyvän ja mielenkiinnon menetys. Lisäksi masennus heikentää muistia, keskittymiskykyä ja tarkkaavaisuutta, stressin sietoa. Sosiaalisella tasolla masennus vaikuttaa vuorovaikutussuhteisiin; masentunut ihminen vetäytyy ja eristäytyy muista ihmisistä.

Tutkimusten mukaan masennuspotilaiden hoidossa on tärkeää huomioida myös biopsykososiaalisten näkökulmien lisäksi hengelliset, kulttuuriset ja ympäristölliset tekijät (Parrish ym. 2008). Tavoitteena perusterveydenhuollon arjessa on ihmisten omien voimavarojen ja selviytymiskeinojen vahvistaminen ja tukeminen asiakaslähtöisesti. Asiakaslähtöinen työtapo edellyttää työntekijältä aitoutta, avoimuutta, eteenpäin suuntautumista ja yhdenvertaisuutta. Tällaista työtapaa voidaan ku-

vata yhteistyöksi ja kumppanuudeksi. Asiakaslähtöisyys on asiakkaan äänen kuulemista ja pyrkimystä ymmärtää hänen kokemuksensa. (Noppari ym. 2007.)

Parrishin ym. (2008) mukaan depressiohoitajan ja hänen asiakkaansa terapeuttisessa ”kumppanuus” – ja vuorovaikutussuhteessa korostuvat hoitomenetelminä aktiivinen kuuntelu, oman persoonan käyttö työvälineenä, psykoterapeuttiset menetelmät (kognitiivinen- ja interpersoonallinen terapia) sekä lääkehoidon toteutus.

Onnistuneiden masennuksen hoitomallien ominaisuuksia perusterveydenhuollossa ovat muun muassa perusterveydenhuollon lääkärin ja konsultoivan psykiatrin välinen yhteistyö, psykiatrin toteuttama työnohjaus. Moniammatillisessa työryhmässä depressiohoitajalla on asiantuntijarooli oman alansa edustajana. (Gilbody ym. 2006.)

Depressiohoitaja toimii terveysasemalla hoidon asiantuntijana, joka pohjaa toimintansa tutkittuun tietoon. Toiminta edellyttää hoitajalta kykyä seurata ja etsiä kuhunkin hoitotilanteeseen oleellista tietoa. Tutkimusten ja kokemusten mukaan toimivia hoitomenetelmiä ovat muun muassa toivon ylläpitäminen, itsetunnon vahvistaminen, perhehoitotyön toteuttaminen, selviytymiskeinojen etsiminen, huolenpito, lääkehoidon toteuttaminen, hengellisyyden huomioiminen, psykososiaalisen tuen antaminen, turvallisuudesta huolehtiminen, mielihyvän kokemusten edistäminen, ajatteluhäiriöiden tunnistaminen, läsnäolo ja vertaistuen järjestäminen. (Panhelainen ym. 2010.)

Depressiohoitajan tietoperusta tulee monelta eri tieteenalalta, jotka käsittelevät ihmistä ja ihmisenä olemista, terveyttä, sairautta ja yhteiskunnallisia tekijöitä. Asiantuntijuus depressiohoitajana työssä tarkoittaa sitä, että on perehtynyt depressioon sairautena ja siihen, miten sitä hoidetaan. (Panhelainen ym. 2010.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata depressiohoitajan työtä sekä työn kehittämistä masentuneiden potilaiden hoitotyössä terveyskeskuksessa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa kehitettäessä masennuspotilaiden hoitotyön käytäntöä perusterveydenhuollossa sekä depressiohoitajan toimintaa ohjaavaa manuaalia. Varhainen masennuksen tunnistaminen ja nopea hoitoon pääsy ehkäisevät masennuksen kroonistumista ja työkyvyttömyyteen johtavia sairauspoissaoloja.

Tutkimustehtävät:

1. Kuvata depressiohoitajan työtä ja tehtäviä masentuneiden potilaiden hoitotyössä terveyskeskuksessa
2. Kuvata depressiohoitajan yhteistyötä eri yhteistyötahojen kanssa
3. Kuvata depressiohoitajan työn kehittämistä

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat

Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi keskeinen merkitys on sen mahdollisuus lisätä ymmärrystä tutkitavasta ilmiöstä. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistot ovat otokseltaan pienempiä kuin kyselyjen, ja niissä keskustelu siirtyy määrän sijasta aineiston laatuun. Tutkimuksessa ei tavoitella tilastollista yleistettävyyttä vaan esimerkiksi teoreettista yleistettävyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010.)

Metodologinen triangulaatio tarkoittaa useamman kuin yhden tutkimusmenetelmän tai aineistonkeruumenetelmän käyttöä yhden ilmiön tutkimisessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010). Tässä tutkimuksessa aineistonkeruumenetelminä ovat olleet tutkimukseen osallistujien kirjoittamat esseet sekä niiden pohjalta myöhemmin tehdyt haastattelut osalle tutkimukseen osallistujista. Toista menetelmää on käytetty siis myöhemmin täydentämään ensimmäisen menetelmän tuottamaa aineistoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010).

Burns ja Grove (2009) määrittävät sisällönanalyysin menetelmäksi tiivistää aineistoa, jolloin tutkittavia ilmiöitä kuvataan yleistävästi. Tässä tutkimuksessa on käytetty induktiivista, aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Kategoriat on johdettu aineistosta ja tutkimustehtävien ohjaamina. Aineiston analyysi on edennyt pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010).

4.2 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat psykiatriset sairaanhoitajat, jotka toimivat depressiohoitajina terveyskeskuksissa. Sisäänottokriteereinä oli se, että tutkimukseen osallistuja oli psykiatrinen sairaanhoitaja, joka työskenteli kokoaikaisena depressiohoitajana lievien ja keskivaikeiden masennuspotilaiden hoitotyössä terveyskeskuksessa. Lisäksi edellytettiin, että psykiatrinen sairaanhoitaja oli työskennellyt vähintään vuoden verran kyseessä olevassa tehtävässä. Osallistujien valintaperusteina käytettiin tällöin henkilöitä, joilla oli paljon tietoa tutkittavasta asiasta, jotta saataisiin mahdollisimman laadukasta aineistoa.

Tutkimukseen osallistui 15 esseekysymyksiin vastaajaa, joista teemahaastatteluun osallistui myöhemmässä vaiheessa seitsemän. Tutkimukseen osallistujien taustatietoina kartoitettiin tutkimukseen osallistujien ikää, koulutustaustaa, lisäkoulutuksia, työvuosien määrää, kuinka pitkään oli toiminut nimenomaan depressiohoitajan tehtävissä sekä kuuluiko depressiohoitaja erikoissairaanhoidon vai perusterveydenhuollon organisaatioon.

Tutkimukseen osallistujien ikä vaihteli 40 vuodesta 60 vuoteen. Kahdeksan tutkimukseen osallistujan ikä oli 40 vuoden 48 vuoden välillä, seitsemän osallistujan ikä 50 vuoden ja 60 vuoden välillä. Psykiatrisen hoitotyön koulutuksen lisäksi monella oli lisäkoulutusta muun muassa päihdetyön ammattitutkinto, työnohjaaja-, perhe- ja pariterapiakoulutus, psykoterapiakoulutus, perhehoitotyön erikoistumisopintoja, NLP-Practitioner-koulutus, Debriefing-kriisityön perus- ja jatkokoulutus, depressiohoitajakoulutus, täydennyskoulutusta lääkehoitoon ja kognitiivisten menetelmiin, kliinisen asiantuntijan koulutus ja muuta ohjaajakoulutusta. Tutkimukseen osallistujien työvuosien määrä vaihteli 15 vuoden ja 36 vuoden välillä. 11 tutkimukseen osallistujalla työvuodet olivat 20 vuoden ja 30 vuoden välillä, kolmella 15 vuoden ja 19 vuoden välillä, ainoastaan yhdellä oli yli 30 vuotta työkokemusta. Depressiohoitajana kahdeksan osallistujaa oli toiminut viidestä vuodesta seitsemän vuotta, seitsemän osallistujaa oli ollut vajaasta vuodesta neljään vuotta. Kymmenen tutkimukseen osallistujaa kuului perusterveydenhuollon organisaatioon ja viisi erikoissairaanhoidon organisaatioon, vaikka työskentelikin perusterveydenhuollossa terveystasemalla.

4.3 Aineiston keruu

Aineiston keruumenetelminä olivat esseet ja niiden pohjalta myöhemmin teemahaastattelut osalle tutkimukseen osallistujista. Aineiston keruun ensimmäisessä vaiheessa esseekysymykset (Liite 2) lähetettiin Tampereen, Vantaan, Seinäjoen ja Jyväskylän terveyskeskuksissa työskenteleville 20 depressiohoitajalle. Esseekysymysten teemat nousivat aikaisempien tutkimusten ja tieteellisten artikkeleiden ja Käypä hoito-suositusten pohjalta. Kyseiset kaupungit oli valikoitu tähän tutkimukseen nimenomaan siksi, että näissä kaupungeissa oli jo useampia vuosia toiminut depressiohoitajia terveystasemilla. Esseet kerättiin kesäkuun 2012 ja elokuun 2012 välisenä aikana ja aineistoa kertyi kaikkiaan 30 sivua. Esseekysymyksiin vastauksen lähetti 15 depressiohoitajaa. Tutkimusluvut oli haettu kyseisten kaupunkien terveyskeskusten ylihoitajilta tai muilta vastaavilta esimiehiltä. Vantaalla ja Jyväskylässä toteutetaan Depression hoidon kolmikantamallia perusterveydenhuollossa.

Tampereella toimii depressiohoitaja- ja psykologi työpareja, konsultoiva psykiatri aloitti toimintansa vasta keväällä 2013. Seinäjoen terveysaseman oma psykiatri toimii depressiohoitajien tukena heidän työssään.

Aineiston keruun toisessa vaiheessa haastateltiin seitsemää tutkimukseen osallistujaa, jotka olivat esseekysymyslomakkeella yhteystietoja kysyttäessä ilmaisseet halukkuutensa osallistua haastatteluihin. Haastattelut toteutettiin lokakuun 2012 sekä marraskuun 2012 välisenä aikana. Haastattelut toteutettiin teemahaastattelun (Liite 3) pohjalta. Teemat nousivat aikaisempien tutkimusten, tieteellisten artikkeleiden ja tutkimukseen osallistuneiden esseevastausten pohjalta. Teemahaastattelujen aihealueina olivat depressiohoitajan työ ja tehtävät, depressiohoitajan työssä jaksaminen, depressiohoitajan ja yhteistyötahojen välinen yhteistyö ja depressiohoitajan työn kehittäminen.

Keskustelut etenivät hyvin pääasiassa haastateltavien itse esiin tuomien teemojen pohjalta ja haastateltavilla oli paljon kerrottavaa ja käytännön esimerkkejä tutkittavasta asiasta. Tutkija ohjasi välillä itse keskustelua eteenpäin teemahaastattelun pohjalta, jotta kyseiset teema-alueet tulivat käsitellyiksi. Seitsemän tutkimukseen osallistujan haastatteluista kertyi litteroituina kirjallista aineistoa 107 sivua (riviväli 1, Times New Roman-fontilla kirjoitettuna). Haastattelujen kesto vaihteli 60 minuutista yhteen tuntiin 40 minuuttiin. Digitaalisesti tallennettuja haastatteluja kertyi yhteensä 10 tuntia 30 minuuttia.

4.4 Aineiston analysointi

Tutkimuksen analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia, joka pohjautuu aineistolähtöiseen analyysiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010). Depressiohoitajien työhön liittyvää kirjallisuutta ja tutkimuksia on julkaistu jonkin verran viime vuosien aikana. Teemahaastattelussa runkona käytettiin aikaisemman tiedon, tutkimusten, artikkelien ja depressiohoitajien jo tutkimuksessa aiemmin tuottamien esseiden aihealueita. Tutkimusprosessin myötä syntyi myös uusi tutkimustehtävä, sillä haastatteluissa lähes kaikki depressiohoitajat toivat esille huolensa työssä jaksamisestaan, vaikka sitä ei erikseen kysytty haastatteluissa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa laadullisin menetelmin yksityiskohtaisempaa tietoa depressiohoitajien työn sisällöstä ja työn kehittämisestä.

Aineiston analysointi oli aloitettu jo esseiden keruuvaiheessa. Esseiden analysoinnin ohessa tarkentuivat haastattelujen teemat. Aineiston analyysia jatkettiin, kun kaikki seitsemän haastattelua oli tehty. Analyysi aloitettiin kuuntelemalla haastattelut ja litteroimalla ne. Tutkija kirjoitti haastattelut itse sanasta sanaan ja aineistoksi muodostui 107 sivua tekstiä (riviväli 1, Times New Roman – fontilla). Aineisto luettiin useita kertoja kokonaisuuden hahmottamiseksi. Tämä jälkeen aineisto taulukoitiin Word-tiedostoon. Lisäksi aineisto koodattiin vastaajien mukaan, jotta mahdollistui pelkistettyjen ilmausten palauttaminen takaisin alkuperäisaineistoon.

Aineiston taulukoinnin jälkeen sille esitettiin tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä kukin tutkimustehtävä erikseen ja taulukoitiin näin saadut alkuperäisilmaukset Excel – tiedostoon. Analyysiyksiköksi valittiin olennaiset ilmaukset yksittäisen sanan ja ajatuskokonaisuuden väliltä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010). Ennen taulukointia analyysiyksiköitä oli poimittu ensin paperiversiosta yliviiwaustussilla, jotta valintoja tulisi pohdittua useampaan kertaan. Nämä alkuperäisilmauksista kootut sanat ja ajatuskokonaisuuden pelkistettiin. Alkuperäisilmaukset ja pelkistetyt ilmaukset taulukoitiin vierekkäin Excel-tiedostoon. Pelkistetyistä ilmauksista samaa asiaa merkitsevät sanat ja ajatuskokonaisuudet yhdistettiin omaan kategoriaansa ja ne nimettiin sisältöä kuvaavalla nimellä. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin vielä erikseen Excel-tiedostossa. Ryhmittelyt tehtiin kahteen kertaan ja verrattiin näin saatuja ryhmittelyjä aikaisempiin. Aineiston ryhmittelyn jälkeen alakategoriat yhdistettiin ja niistä muodostettiin yläkategorioita ja lopputuloksena on muodostettu pääkategoriat.

Tässä tutkimuksessa yläkategorioita muodostui kaikkiaan 31 sekä pääkategorioita yhteensä kymmenen. Yhdistäväksi neljäksi kategoriaksi muodostuivat depressiohoitajan moniulotteinen rooli masentuneiden potilaiden hoitotyössä terveyskeskuksessa (Taulukko 9.), depressiohoitajan työssä jaksamista tukevat tekijät, depressiohoitaja monialaisena ja moniammatillisena yhteistyöosaajana sekä depressiohoitajan työn kehittäminen. Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta on esitetty tutkimuksen liitteenä (Liite 5).

5 TULOKSET

Tutkimuksen tulokseksi saatiin neljä yhdistävää kategoriaa, jotka kuvaavat 1) Depressiohoitajan moniulotteista roolia masentuneiden potilaiden hoitotyössä terveystieteiden keskuksessa 2) Depressiohoitajan työssä jaksamista 3) Depressiohoitajaa monialaisena ja moniammatillisena yhteistyöosaajana sekä 4) Depressiohoitajan työn kehittämistä. Nämä neljä yhdistävää kategoriaa muodostuivat 10 pääkategoriasta ja 31 yläkategoriasta.

5.1 Taustatietoa depressiohoitajien potilaista ja hoitokäytännöistä

Haastatteluissa tuli esille depressiohoitajien työnkuvan moninaisuus hoidossa olevien potilaiden osalta. Vain muutama haastatelluista hoiti pääasiassa depression kolmiomallin mukaisesti lieviä ja keskivaikeita masennuspotilaita. Muilla työkuvaan kuului myös muun muassa ahdistuneisuushäiriöiden ja elämäntilannekriisissä olevien auttamista, pitkäaikaisia masennuksia, vakavaa psykoottistakin masennusta, vaikeasti pakko-oireisesta häiriöistä kärsiviä, somaattisiin vaivoihin liittyvää sopeutumishäiriötä, vaikeita persoonallisuushäiriöitä, päihdeongelmaisia, parisuhdeongelmaisia, uupuneita pienten lasten äitejä, synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsiviä, työuupumusta, syömishäiriöongelmaisia, sosiaaliongelmia, mielenterveyskuntoutujia, psyykkisistä traumaista kärsiviä suomalaisia ja maahanmuuttajia sekä iäkkäitä monista fyysisistä sairauksista kärsiviä potilaita.

Lähetteitä depressiohoitajille tuli etupäässä terveysaseman lääkäreiltä, joskus myös terveysaseman sairaanhoitajalta tai terveydenhoitajalta. Osalle tuli lähetteitä työterveyshuollon lääkäriltä tai psykologilta, esimerkiksi työterveyshuollosta jälkihoitoon terveysasemalle tulevat potilaat. Myös erikoissairaanhoidon psykiatrian poliklinikoilta tuli jonkin verran lähetteitä perusterveydenhuollon depressiohoitajille.

Potilaat ottivat yhteyttä depressiohoitajaan joko itse puhelimitse ajan varaamiseksi depressiohoitajalle tai depressiohoitaja soitti itse potilaalle tai lähetti kirjeitse ensimmäisen ajan potilaalle. Ensimmäisen ajan potilas sai yleensä kahden viikon sisällä yhteydenotosta. Kiireellisessä tapauksessa ajan saattoi saada jo viikon sisällä. Käyntien määrä vaihteli yhdestä 20 käyntiin, joillakin hoitajilla saattoi olla vielä muutamia potilaita pitkäaikaisemmassa hoidossa, jopa 2 vuotta. Keskimääräinen käyntimäärä oli 4 – 8 kertaa. Joillakin hoitajilla lääkärin lähete oli voimassa yhdestä kahteen kuu-

kautta. Jos potilaasta ei kuulunut mitään, palautettiin lähete lääkärille, joka ilmoitti, miten toimitaan. Osa hoitajissa teki jo puhelimesta pikakartoitusta potilaan tilanteesta ennen ensimmäistä arviokäyntiä. Keskimääräinen potilasmäärä päivässä vaihteli neljän ja jopa kahdeksan potilaan välillä. Yleisimmin 4- 5 potilasta kävi depressiohoitajien vastaanotolla. Käynnit jakautuivat keskimäärin neljän ja kuuden kuukauden väliselle ajan jaksolle. Monenlaista variaatiota liittyi hoitojen päättämisvaiheeseen. Yleisintä oli puolen vuoden välein seurantakäynti, kun virallinen hoito oli päättynyt. Kahden vuoden takuu aika oli voimassa osalla terveysasemien depressiohoitajilla. Eli niillä potilailla, joiden hoito oli päättynyt, oli mahdollisuus ottaa uudelleen yhteyttä depressiohoitajaan ilman uutta lähetettä.

Kaikilla depressiohoitajilla oli yleensä oiremittareina käytössä Beckin depressiomittari (BDI) sekä alkoholin käytön kartoitukseen Audit. Lisäksi osalla oli käytössä muun muassa ahdistuneisuutta mittaava BAI tai paniikkihäiriötesti. Jos tapaamisessa tai potilaan aiemmista sairauskertomustiedoista tuli esille elämänaikaisia mielialanvaihteluita, niiden kartoittamisessa käytettiin apuna MDQ-kaavaketta.

5.2 Depressiohoitajan moniulotteinen rooli

Yhdistävä kategoria depressiohoitajan moniulotteinen rooli masentuneiden potilaiden hoitotyössä terveyskeskuksessa muodostui pääkategorioista depressiohoitaja arvioitsijana, depressiohoitaja palveluohjaajana, depressiohoitaja terapeuttina, depressiohoitaja konsulttina ja kouluttajana.

5.2.1 Depressiohoitaja arvioitsijana

Pääkategoria **depressiohoitaja arvioitsijana** muodostui yläkategorioista hoidon arviointi, lääkeshoidon seuranta, lausuntojen tekeminen (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Pääkategoria depressiohoitaja arvioitsijana

Pääkategoria	Yläkategoria
Depressiohoitaja arvioitsijana	Hoidon arviointi
	Lääkehoidon seuranta
	Lausuntojen tekeminen

Hoidon arviointi

Ensimmäisellä käynnillä depressiohoitajan vastaanotolla kartoitettiin potilaan **kokonaistilannetta, motivaatiota, sosiaalista verkostoa ja oireita**. Oiremittareista BDI oli käytössä säännöllisesti apuna hoidon seurannassa potilaan hoitojakson aikana. Käynnin aikana suunniteltiin alustavasti hoidon sisältöä ja hoitojakson pituutta. Depressiohoitaja voi lähettää **potilaan jatkohoitoon erikoissairaanhoidon**, esimerkiksi tilanteissa, kun oli tehty jo pari lääkekokeilua, kun potilaan työkyvyttömyys tuntui pitkittyvän tai epäiltiin, että diagnoosissa oli epäselvyyttä. Depressiohoitaja voi myös arvioida mahdollisen **kuntoutuspsykoterapian tarvetta** jatkossa. Depressiohoitajan työnkuvaan liittyi myös **erotusdiagnostiikka**. Erikoisseuloja esimerkiksi MDQ:ta (kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulontaan) ja Scidia (diagnostiikan apuvälineenä) käytettiin silloin, kun potilaan tilanne näytti siltä, että esimerkiksi kuusi käyntiä ei riittänyt ollenkaan ja diagnoosiin tarvittiin lisäselvitystä.

”Tota, se riippuu ihan hirveen paljon potilaan tarpeesta, se on potilaslähtöistä. Yleensä se ensimmäinen kerta on aika pitkälle sitä psykoedukaatiota, sen sairauden selvittämistä ja tota, miten se vaikuttaa ihmisen eri elämän alueella, lääkitykseen motivoimista, tiedon antamista. Kyllä se on tää perussetti aika monella. BDI:tä me käytetään jatkuvasti, se on apuna siinä seurannassa ja se helpottaa sitä lääkärin kanssa, niitä lääketitrauksen seurantaa, kun sitä koko ajan käytetään.”(5)

Lääkehoidon seuranta

Depressiohoitajan työnkuvaan kuului potilaan **lääkehoitoon motivoiminen ja lääkehoidon toteutumisen seuranta** (myös lääkitykseen ohjeita ja neuvoja puhelimitse) ja tarvittaessa lääkehoitoon liittyvissä muutoksissa yhteydenotto terveysaseman lääkäriin tai konsultoivaan psykiatriin. Osalla depressiohoitajista oli työnkuvassa määritelty oikeus tarvittaessa nostaa tai laskea lääkeannoksia.

Lausuntojen tekeminen

Depressiohoitaja voi tehdä lausuntoja potilaan kokonaistilanteesta **työvoimaviranomaisille** sekä **sosiaalitoimeen** esimerkiksi lausuntoa lastensuojelutilanteisiin liittyen. Lausuntojen tekeminen koettiin työlääksi muun työn ohella.

5.2.2 Depressiohoitaja palveluohjaajana

Pääkategoria **depressiohoitaja palveluohjaajana** muodostui yläkategoriasta palveluohjaus kolmannen sektorin palveluihin, palveluohjaus seurakunnan toimintaan, palveluohjaus perheasiainneuvottelukeskukseen ja perheneuvolaan (Taulukko 2).

TAULUKKO 2. Pääkategoria depressiohoitaja palveluohjaajana

Pääkategoria	Yläkategoria
Depressiohoitaja palveluohjaajana	Palveluohjaus kolmannen sektorin palveluihin
	Palveluohjaus seurakunnan toimintaan
	Palveluohjaus perheasiainneuvottelukeskukseen
	Palveluohjaus perheneuvolaan

Palveluohjaus kolmannen sektorin palveluihin

Depressiohoitaja ohjasi potilaita kolmannen sektorin palveluihin, esimerkiksi ikääntyneitä **Seniöripysäkillle**, jos potilaan arvioitiin hyötyvän enemmän sen palveluista. Sinne ohjatuilta potilailta oli saatu hyvää palautetta jälkeenpäin. Raiskauskriisitilanteissa tarkoituksenmukaisinta oli ohjata asiakkaita **Setlementtinaapuriin ja Tukinaiseen**. Naisia oli jouduttu myös ohjaamaan **Ensi- ja turvakotiin** perheen väkivaltatilanteissa. Samoin **Valkonauhaliiton** ryhmiin oli ohjattu potilaita. Lisäksi **Kriisikeskukseen** ja **Omaisat Mielenterveystyön tukena ry:n** palveluihin oli ohjattu potilaita. Potilailla itsellään on suuri tuen tarve, koska he voivat itse olla omaisia toisille siellä kotona vielä sairaammille ihmisille.

”No omaiset mielenterveystyön tukena on tuttu yhdistys... Sinne on aika luontevaakin ohjata näitä ihmisiä. Et jotenkin se mielessä pitäminen, et paljonhan nää ihmiset tarttee sit tukea myös, koska he on myös niiden omaisia ja saattavat olla sen takia täällä, että siellä kotona on joku vielä sairaampi ja he ovat uupuneet sitten siellä.”(2)

Palveluohjaus seurakunnan toimintaan

Seurakunnan toimintaan esimerkiksi **diakonissan palveluihin** oli ohjattu masentuneita ikääntyneitä ihmisiä, kun ihminen ei kyennyt lähtemään oikein mihinkään. Kotikäyntityö kuului nimenomaan seurakunnan toimintaan. Samoin potilaita saatettiin ohjata seurakunnan sururyhmiin elämäntilannekriiseissä.

Palveluohjaus perheasianneuvottelukeskukseen tai perheneuvolaan

Tilanteissa, kun kyseessä oli selkeästi parisuhdeongelma eikä ollut kyse masennuksesta, depressiohoitaja ohjasi potilaita **perheasianneuvottelukeskukseen tai perheneuvolaan** tarkoituksenmukaisempien palvelujen piiriin.

*” No lähinnä sanotaan näin, että ei oo kyse masennuksesta vaan on selkeesti parisuhdeongelma, jolloin käytännössä niinku, tulee yks käyntityyppi, sillon mä ohjaan hänet perhe-
neuvottelukeskukseen tai perheneuvolaan tai tämmösiin. Yksinkertaisesti ei, mä en pysty
tarjoomaan sitä palvelua täällä, mitä ihminen tarvitsee.”(4)*

5.2.3 Depressiohoitaja terapeuttina

Pääkategoria depressiohoitaja terapeuttina muodostui yläkategorioista: terapeuttiset tukea antavat keskustelut, toiminnalliset ja luovat menetelmät, ryhmähoidot, pari- ja perhetyö sekä muut terapia-
muodot (Taulukko 3).

TAULUKKO 3. Pääkategoria depressiohoitaja terapeuttina

Pääkategoria	Yläkategoria
Depressiohoitaja terapeuttina	Terapeuttiset tukea antavat keskustelut
	Toiminnalliset ja luovat menetelmät
	Ryhmähoidot
	Pari- ja perhetyö
	Muut terapiamuodot

Terapeuttiset tukea antavat keskustelut

Depressionhoitajan keskustelut kuvattiin enemmän **tukea antaviksi keskusteluiksi**, joissa oli mahdollisuutta laajentaa ihmisen omaa ajattelua, että itse oivaltaisi asioita. Samoin koko ajan pidettiin mielessä, että tavoitellaan jotakin. Pääsääntöisesti keskustelut olivat yksilökeskusteluja. Depressiohoitajat kuvasivat keskusteluja terapeuttisiksi keskusteluiksi ihmisen elämäntilanteesta. Keskusteluissa tuotiin esille toivon ylläpitämistä, että ihmisellä on mahdollisuus toipua. Oli tärkeää kannatella ihmistä, koska kun ihminen sairastuu, niin on raskasta viettää yksikin päivä. Samoin korostettiin ilon löytämistä jostakin, että elämässä oli hyvääkin, vaikka se näytti toiselta. Koettiin, että sitä kautta se toivokin tuli, kun löytyi jokin oljenkorsi, jolle elämän saattoi rakentaa. Keskusteluissa tuotiin myös esille sitä, että voi tehdä itse asioita, joilla on mielialaa kohottava vaikutus.

Depressiohoitajat kuvailivat itseään myös tsemppaajina, esimerkiksi tilanteissa, kun hoidossa olevia piti motivoida ulkopuolisiin liikunta- ja virkistymistoimintoihin tai hakeutumaan kuntoutuskursseille. Koettiin tärkeäksi myös se, että pitää huomioida kunkin ihmisen tilanne yksilöllisesti. Joku hyötyi terapeuttisista keskusteluista, joku taas enemmän konkreettisesta neuvonnasta. Psykoedukatio eli tiedon antaminen masennuksesta sekä mielialalääkityksistä koettiin tarpeellisiksi keskusteluissa. Tärkeäksi koettiin se, että potilas itse oivalsi, mitkä olivat kullakin hetkellä hänen elämänsä solmukohdat ja että hän voi tehdä myös itsekin niille jotain. Keskusteluissa tuotiin esille myös masennuksen uusiutumisriskiä ja käytiin läpi uusiutumisen varomerkkejä.

” Kyl sitä löytää, kyl niillä ihmisillä on yleensä aina jotakin hyvää. Onko ne ne lapsen lapset tai se työ vaikka tai onko se se naapurin kissa tai. Mä tarkotan, että jotakin sieltä. Ja

sitä kautta sitä toivookin tulee. He huomaakin, että onhan mulla jotakin hyvää, et löytyy se oljenkorsi, johon sen elämän rakentaa.”(4)

Toiminnalliset ja luovat menetelmät

Depressiohoitajat kuvailivat käyttävänsä erilaisia **toiminnallisia ja luovia menetelmiä työvälineinä**. Kirjoittamista ja piirtämistä, joskus myös elämän viivan tekemistä ja elämänhistorian kirjoittamista, jos se oli tuntunut ihmisen tilanteessa terapeuttiselta. Tilanteiden mukaan tehtiin erilaisia harjoituksia tai annettiin kotitehtäviä. Jännittäjien ja paniikkihäiriöisten kanssa voitiin tehdä joitakin käytännön harjoituksia. Masentuneiden kanssa tehtiin tietoisuustaitoharjoituksia ja ahdistuneille rentoutumisharjoituksia. Nuorten kanssa oli usein erilaisia toiminnallisia harjoituksia, esimerkiksi kahden tuolin tekniikalla ja vaihdettiin rooleja siinä. Samoin myös jotkut depressiohoitajat kannustivat potilaitaan pitämään mielialapäiväkirjaa tai kännykän almanakkaan kirjaamaan naaman kuvia, oliko ollut hyvä vai huono päivä. Tai, jos jollakin oli ollut ahdistuskohtauksia, niin häntä pyydettiin kirjoittamaan siitä ahdistuksesta, mitä oli ennen sitä ja jälkeen kohtauksen. Depressiohoitajat toivat esille aktiivista työtettä. Hoito ei voinut olla vain sitä, että oltiin sairauslomalla, vaan piti olla muutakin sairastamisen ohella.

” Koska mielialaa ei voi pakottaa nouseen ylös, ennen kun muuttuu ajatus, mutta voi pakottaa tekemään asioita, millä vois olla mielialaa kohottava vaikutus. Just jotakin hyviä juttuja tai mistä se ihminen nauttii, se voi olla se, että se menee kirjastoon lukemaan naisten lehtiä tai kutsuu naapurinsa juomaan kahvia parvekkeelle tai tunkee itsensä naapurin parvekkeelle kahvia juomaan siis.”(4)

Ryhmähoidot

Haastatteluissa tuli esille, että kaikki depressiohoitajat eivät pitäneet ryhmiä, vaikka niitä toivottiinkin olevan. Tulevaisuuden suunnitelmissa oli aloittaa uusia ryhmiä esimerkiksi jännittäjille ja ahdistuneille, samoin jonkun depressiohoitajan suunnitelmissa oli aloittaa yhteinen ryhmä terveysaseman diabeteshoitajan kanssa. Samoin koettiin tärkeäksi miettiä, miten tulevaisuudessa potilaat valikoituisivat ryhmiin. Joillakin terveysasemilla oli mahdollisuus mennä ryhmään myös oman alueen ulkopuolelle. Depressiohoitajat pitivät omilla terveysasemillaan **depressiokoulu-pohjalta ryhmiä**, vähintään kahta ryhmää vuoden aikana. Hoitajat ohjasivat joko yksin ryhmiä tai heillä oli toinen ohjaaja työparina. Hoitajat sovelsivat depressiokoulun menetelmiä käyttäen myös luovia menetelmiä ryhmissä. Depressiokoulu-ryhmässä oli osallistujia keskimäärin kuusi ja ryhmä kokoontui kymmenen kertaa. Ryhmään osallistuneet olivat käyneet usein sitä ennen yksilöhoitojakson depres-

siohoitajan vastaanotolla. Ryhmiin oli otettu mukaan myös sairaanhoidon opiskelijoita oppimaan ryhmän ohjausta. Depressiohoitajien mukaan palautteet ryhmistä olivat antoisia. Ryhmäläiset toivat esille, että he olivat oppineet tuomaan esille enemmän omia mielipiteitään tai rajaamaan omaa aikaansa paremmin.

” Et täs ei tarttis mennä näissä asioissa näinkään syvälle. Mutta me mentiin esimerkiksi reflektointia aika lailla he oppi käyttämään kotonakin ja sellasta niinku justin tämä, kun aina kaikki menee samalla tavalla kotona, kaikki riidat ja kaikki, niin niihin tuli muutoksia. Ja sitten oli tämä oman ajan rajaaminen selkeästi, oman mielipiteen sanominen omasta puolesta. Tämmöset uudistukset monella tapahtu.”(6)

Pari- ja perhetyö

Depressiohoitajat toivat esille **paritapaamisten** tärkeyden hoidon aikana. Paritapaamisessa kuulos- teltiin sen toisen näkökulmasta, minkälainen vointi potilaalla oli ollut. Informaation antaminen masennuksesta koettiin tärkeäksi. Liian vähän puhuttiin kuitenkin siitä, mitä se masennus ja sairastaminen todella tarkoittivat käytännössä. **Työmallina masennuksen hoito pariterapian** keinoin tuotiin esille myös yhtenä vaihtoehtona. Jo ennalta ehkäisyn kannalta paritapaamiset koettiin hyödyk- kääksi ja ne helpottivat jo hoitoon ryhtymistä. Myös **aviopuoliso- puheeksi mallin** ottamista käy- täntöön suositeltiin, muutoin ne perheen lapsetkaan eivät hoituisi kotona. Hoitajat toivat esille, että oli vaikea saada puolisoita mukaan käynnille, edes sille yhdelle. Puolisot olivat usein kiireisiä ja heillä voi olla vaikea kynnys tulla mukaan vastaanotolle. Kuitenkin tuotiin esille se seikka, että oli tärkeää tarjota sitä mahdollisuutta. Potilaat ja omaiset eivät usein itse osanneet edes kysyä, voiko puoliso tulla mukaan käynnille.

”ja mä oon siinä kertonu potilaalle, että on tämmönen, että ensi käynnille, voisitko ottaa mukaan puolison, äidin tai läheisen tai jonkun omaisen, niin se on ollu hirveen avartavaa ja sitä paitsi helpottanut ihan sitä hoitoon ryhtymistä. Ja ne tulokset voisin väittää, tukee myös sitä tutkimusta. Et se on enempi kuin järkevää.”(5)

Haastatteluissa tuli esille **perhetyön merkitys osana potilaan kokonaishoitoa**. Potilas on aina osa omaa yhteisöään ja ympäristöään. Suurin osa depressiohoitajia kertoi käyttäneensä **Lapset – pu- heeksi menetelmää** työssään, jossa kartoitettiin lapsen kokemusta vanhemman sairaudesta ja tarvit- taessa ohjattiin perhettä tukitoimien piiriin. Vaikka asiat perheessä olisivat kunnossa, siitä huolimatta ne otettiin esille käynneillä. Keskusteluissa yksinhuoltajien kanssa voitiin havainnoida äidin ja lapsen välistä vuorovaikutusta, jos vauvaikäisiä lapsia oli mukana äidin kanssa. Lastensuojelu näkyi ja usein oli mielessä se, miten perheellä meni. Osalla hoitajista oli työmallina käytössä se, että jo

ensikäynnille pyydettiin potilaan läheinen mukaan. Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsiviä äitejä näkyi myös depressiohoitajien vastaanotoilla. Hoitajat toivat esille sitä, että he haluaisivat tehdä enemmän perhetyötä, mutta resurssit ja aika eivät riittäneet siihen.

”Mut aina mä otan puheeksi, että miten lapset ja miten sä jaksat hoitaa ja minkälaiset välit on lapsiin, jos on vähän vanhempia lapsia. Erityisesti sillen, kun on murrosikäisiä, mä tarkotan sillä tavalla, erityisesti sillen, kun on murrosikäisiä, onks kuinka tiukkoja taisteluita, saattaa olla kotona, kuinka raskasta taas sitten pienten lasten kanssa useinkin, kysynkin siitä, et miten sä oot jaksanut huolehtia ja tälle, sitä kauttahan välittyy se, minkälaiset heidän välit on ja miten he jaksaa huomioida ja tälle.”(4)

Muut terapiamuodot

Valokuvaterapian hyödyntämistä hoidossa oli käytössä, samoin erilaisten **perheterapeuttien menetelmien** käyttöä tilanteen mukaisesti. Ne koettiin hyvin informatiivisiksi. Lisäksi **interpersonallisen terapian** menetelmiä osa käytti sovellettuna potilastyöhön. **Kognitiivisen terapian** menetelmiä käytettiin myös jonkin verran hoitotyössä muun muassa perehtyen potilaiden kanssa ajatusmalleihin ja uskomuksiin, jotka mahdollisesti aiheuttivat ja/tai ylläpitivät masennusta.

5.2.4 Depressiohoitaja konsulttina

Pääkategoria depressiohoitaja konsulttina muodostui seuraavasta yläkategoriasta: konsultaatiot terveysaseman henkilökunnalle (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Pääkategoria depressiohoitaja konsulttina

Pääkategoria	Yläkategoria
Depressiohoitaja konsulttina	Konsultaatiot terveysaseman henkilökunnalle

Depressiohoitajat kertoivat terveysaseman lääkäreiden kysyvän välillä mielipiteitä heiltä potilaan hoitoa koskevista asioista. Varsinkin nuoret terveyskeskuslääkärit kysyivät usein kokeneen hoitajan mielipidettä esimerkiksi lääkitysasioissa. Konsultaatiopyyntöjä tuli jonkun verran terveysaseman terveydenhoitajilta tai sairaanhoitajilta esimerkiksi läheteisiin liittyvissä asioissa.

” Jonkin verran on konsultaatioita ja nyt tietenkkin tän terveysaseman projektin myötä niin sitä konsultaatiota on tarkoitus lisätä.”(7)

5.2.5 Depressiohoitaja kouluttajana

Pääkategoria depressiohoitaja kouluttajana muodostui seuraavista yläkategorioista: Koulutusta terveysaseman henkilökunnalle, koulutusta perusterveydenhuollon hoitajille ja koulutusta oppilaitosten opiskelijoille (Taulukko 5).

TAULUKKO 5. Pääkategoria depressiohoitaja kouluttajana

Pääkategoria	Yläkategoria
Depressiohoitaja kouluttajana	Koulutusta terveysaseman henkilökunnalle
	Koulutusta perusterveydenhuollon hoitajille
	Koulutusta oppilaitosten opiskelijoille

Depressiohoitajat kuvasivat kouluttaneensa **terveysaseman henkilökuntaa**, esimerkiksi osastotunteja oli pidetty mielenterveyspalveluihin tai eri mielenterveyshäiriöihin liittyvistä aiheista. Depressiohoitajat kuvailivat oman asiantuntijuuden käytön koulutuksissa mielekkääksi vaihteluksi muun työn rinnalla, mutta se vaatisi lisää resursseja, suunnittelu- ja organisointityötä. Palaute osastotunneista oli ollut hyvää ja osastotuntien toivottiin jatkuvan tulevaisuudessa. Koulutusten myötä myös depressiohoitajan työ oli tullut tutummaksi muille.

Haastatelluista yksi kuvasi kouluttaneensa myös **perusterveydenhuollon hoitajia masennuksen varhaistunnistamiseen** ja hoitoon oman terveysaseman ohella myös muillakin terveysasemilla. Lisäksi depressiohoitajilta oli pyydetty koulutusta mielenterveyshäiriöihin liittyvistä aiheista **erikoistumisopintojen opiskelijoille** ammattikorkeakouluilla ja aikuisopistoissa.

” Joo, kyllä. Eli hirveen paljon tulee pyyntöä, koska perusterveydenhuollossa meillä ei ole nimettyjä mielenterveystyön ammattilaisia kun me, niin totta kai kouluttaa on saanut ja hyvä niin.”(5)

”Niinku nytkin he haluaa mielenterveyspalveluista tietää, joskus on ollu paniikkihäiriöstä, joskus on ollu ahdistuksen hoidosta, keinoista ja tämmösiä silleen mukavia, kun voi omaa asiantuntijuuttaan käyttää, niinku näin.”(4)

5.2.6 Yhteenvetoa depressiohoitajan moniulotteisesta roolista

Tutkimusaineiston analyysin perusteella depressiohoitajan moniulotteinen rooli taulukoitiin (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. Depressiohoitajan moniulotteinen rooli

Pääkategoriat	Yläkategoriat
Depressiohoitaja arvioitsijana	Hoidon arviointi, lääkehoidon seuranta, lausuntojen tekeminen
Depressiohoitaja palveluohjaajana	Palveluohjaus kolmannen sektorin palveluihin, palveluohjaus seurakunnan toimintaan, palveluohjaus perheasiainneuvottelukeskukseen, palveluohjaus perheneuvolaan
Depressiohoitaja terapeutina	Terapeuttiset/tukea antavat keskustelut, toiminnalliset ja luovat menetelmät, ryhmähoidot, pari- ja perhetyö sekä muut terapiamuodot
Depressiohoitaja konsulttina	Konsultaatiot terveysaseman henkilökunnalle
Depressiohoitaja kouluttajana	Koulutusta terveysaseman henkilökunnalle, koulutusta perusterveydenhuollon hoitajille, koulutusta oppilaitosten opiskelijoille

5.3 Depressiohoitajan työssä jaksamista tukevat tekijät

Pääkategoria depressiohoitajan työssä jaksamista tukevat tekijät muodostuvat seuraavista yläkategorioista: asiakastyöhön liittyvät tekijät, organisaatioon liittyvät tekijät ja henkilökohtaiset tekijät (Taulukko 7).

TAULUKKO 7. Pääkategoria depressiohoitajan työssä jaksamista tukevat tekijät

Pääkategoria	Yläkategoria
Depressiohoitajan työssä jaksamista tukevat tekijät	Asiakastyöhön liittyvät tekijät
	Organisaatioon liittyvät tekijät
	Henkilökohtaiset tekijät

Depressiohoitajat kuvasivat työtään mielekkääksi, kun he työssään näkivät, miten ihmiset toipuivat ja osasivat itsekin ratkaista ongelmiaan. **Potilailta saatu positiivinen palaute** koettiin palkitsevaksi, joka edesauttoi työssä jaksamista. Samoin koettiin rikkautena monenlaiset potilaat, joilta voi myös itse oppia vastavuoroisesti. Kun itse hoitajana piti vastaanotolla käyvistä potilaistaan ja sai kuunnella myös heidän tarinoitaan, se koettiin mielenkiintoiseksi. Depressiohoitajat toivat myös esille sitä, että oli tärkeää kunnioittaa potilaita, kun he tulivat kertomaan henkilökohtaisista asioistaan. Myös se nähtiin positiivisena, että monilla perusterveydenhuollon potilailla oli kuitenkin elämän peruskuviot kohtuullisen vakaalla pohjalla. Depressiohoitajista moni koki esimerkiksi erikoissairaanhoidon puolelle työskentelyn olleen raskaampaa.

” Voi kun ain säilyttäis sen ilon, ku henkilö odottaa jännittyneenä tulee tän puhumaan henkilökohtaisista asioista eikä ne oo tottunu puhumaan itsestään mitään. Nii kuin kova juttu se on sil ihmiselle, et muistais sitä kunnioittaa, niil ihmisil on tosi hienoi tarinoita ja sit ihmiset on kuitenkin persoonaltaan kohtuullisen terveitä, ne jotka käy täällä...”(3)

”Jotenkin siitä tulee se työn mielekkyys, näkee, että ihmiset toipuu ja osaa itsekin ratkaista ongelmia ja pääsee alkuun.”(3)

Depressiohoitajat kokivat tärkeänä mahdollisuuden vaikuttaa omaan työhönsä. He toivoivat voivansa **kehittää omaa työtään, työtapaansa ja rooliaan** perusterveydenhuollon organisaatiossa. Työssä jaksamisen tukemiseksi he toivoivat itse voivansa vaikuttaa potilaiden määrään; **rajata potilas-**

määrän neljästä viiteen potilaaseen päivässä. Haastatellut toivat esille huolensa työssä jaksamisestaan. Moni koki joutuvansa tekemään liian paljon työtä. Osalla oli ollut työuupumista. Samoin he toivoivat enemmän tilaisuuksia keskustella heidän työnsä sisältöön, ammattiin ja substanssiosaamiseen liittyvistä kysymyksistä.

” No kyllähän niitä sitten tulee vaikeempitasoisia ongelmia, mitä niin ku tässä kuuluis hoidtaa, joita sitten käännytetään jossain määrin poliklinikalle niitä ja tota joskus ne käännytetään takaisin ja joskus me saadaan niitä jäämään sinne että. Kyl siinä on semmonen jatkuva rajanveto systeemi että ehkä pitäis pitää enemmänkin puoliaansa sitten joskus on hyvinkin vaikeita potilaita että löytyy jossain vaiheessa ihan psykoottistakin masennusta ja vaikeita persoonallisuushäiriötä ja sillain että.”(1)

Työssä jaksamisen tukemiseksi **esimiehen tukea** työhön toivottiin enemmän. Esimiehen aitoa läsnäoloa sekä välittämisen osoittamista toivottiin. Tärkeänä koettiin myös, että esimies olisi mukana kehittämispäivillä. Myös kehityskeskusteluja toivottiin säännöllisiksi ja niihin toivottiin myös urasuunnittelua mukaan. Esimiestyössä oli muutoksia tulossa eri puolilla. Depressiohoitajien omana toiveena oli saada yksi yhteinen esimies, jolla olisi substanssiosaamista heidän työhönsä.

Kollegatuki nähtiin myös tarpeelliseksi sekä yhteiset depressiohoitajien säännölliset tapaamiset. Ammatillisen kehittymisen kannalta ja työssä voimaantumiseen vertaistuki nähtiin tärkeänä. Osalla depressiohoitajia oli ainoastaan yhteinen **ryhmätyönohjaus**, joka koettiin riittämättömänä. **Yksilötyönohjaus** nähtiin tarpeelliseksi työssä jaksamisen tukemisen kannalta.

” Se on just sitä, mitä mä haluan. Se on sitä, mistä mä saan eniten tähän työhön, se on eniten sitä, mistä mä saan tota apua niihin potilastapaamisiin, paitsi me ei puhuta siinä lääkkehoidosta eikä oireista niinkään semmosista vaan tota se on enemmän sitten sitä, kun mm. väsy siihen, että potilaita ei saa erikoissairaanhoidon tai sitten ne on erikoisen vaikeita ne potilastilanteet, elämän tilanteet, jossa niitä pitäis auttaa ja sitten ne tulee tähän depressiohoitajalle. Siihen se auttaa se yksilötyönohjaus.”(6)

Depressiohoitajat kokivat tärkeäksi **koulutuksiin pääsyn** ja että heille kohdistettaisiin enemmän kohderahoja oman erikoisalan koulutuksiin. **Erilaista psykoterapeuttista osaamista** oman ammatitaidon kehittämiseksi toivoivat ne depressiohoitajat, jotka eivät olleet vielä hankkineet terapiakoulutusta.

Terveysaseman lääkäreiltä ja hoitajilta saadut **palautteet hyvästä työstä** oli koettu myös kannustaviksi. **Hyvät henkilösuhteet** edesauttoivat myös työn tekemistä. Depressiohoitajat toivat esille sen, että tiimin tukena oleva psykiatri ja konsultoiva psykologi toivat uudenlaista ulottuvuutta ja syvyyttä työhön. Samoin depressiohoitajien oma kollegatuki antoi tukea potilaiden kohtaamiseen ja heiltä

sai myös voimavaroja arjen työhön. Lisäksi työtä rikastuttavaksi tekijäksi koettiin myös se, että **perusterveydenhuollossa** voi toimia aika **itsenäisesti**. Erikoissairaanhoidon organisaatioon kuuluvat depressiohoitajat toivat esille sen, että eri organisaatioon kuuluminen mahdollisti monta asiaa, esimerkiksi paremman koulutukseen pääsyn, oman työn hallinnoinnin ja oman ajanvarauskirjan.

Depressiohoitajat kuvasivat, että **oma työ- ja elämäkokemus** auttoi heitä henkilökohtaisesti jaksamaan työssä. Oman elämän piti kuitenkin olla kohtuullisen hyvässä järjestyksessä, ettei se tuonut lisää huolia ja paineita. Työn ohella piti olla muutakin elämässä. Moni depressiohoitaja oli kuitenkin tyytyväinen omaan työhön, työn tapaan ja työjuttuihin ja siihen, että **työnkuvaan voi myös itse vaikuttaa**. Hoitajat kuvasivat, että he pitivät **päivätyöstä ja itsenäisestä työstä** ja kokivat olevansa avohoidon asiantuntijoita ja että **omalla työllä oli merkitystä**.

: ”Niin se on palkitsevaa ja tietenkin sit oma elämä, oma elämä pitää olla aika, kenelle on nyt ikinä aivan mallillaan, mut mä tarkoitan silleen, ettei se tuo lisää huolia ja paineista. Nyt mä ite opiskelen, se on mun tämmönen, mun oma juttu.”(4)

5.4 Depressiohoitaja monialaisena ja moniammatillisena yhteistyöosaajana

Yhdistävä kategoria depressiohoitaja monialaisena ja moniammatillisena yhteistyöosaajana muodostui seuraavista pääkategorioista: yhteistyö terveysaseman henkilökunnan kanssa sekä terveysaseman ulkopuoliset yhteistyötahot.

5.4.1 Yhteistyö terveysaseman henkilökunnan kanssa

Pääkategoria yhteistyö terveysaseman henkilökunnan kanssa muodostui seuraavista yläkategorioista: yhteistyö terveyskeskuslääkäreiden kanssa, yhteistyö terveyskeskuspsykologin kanssa ja yhteistyö terveysaseman päihdehoitajan kanssa (Taulukko 8).

TAULUKKO 8. Yhteistyö terveysaseman henkilökunnan kanssa

Pääkategoria	Yläkategoria
Yhteistyö terveysaseman henkilökunnan kanssa	Yhteistyö terveyskeskuslääkäreiden kanssa
	Yhteistyö terveyskeskuspsykologin kanssa
	Yhteistyö terveysaseman päihdehoitajan kanssa

Depressiohoitajat kuvasivat, että heidän tehtävänä oli nimenomaan **tukea terveysaseman omalääkäritoimintaa** ja olla siellä terveyskeskuslääkäreiden apuna. Yhteistyön terveysaseman lääkäreiden kanssa kuvattiin olevan melko vähäistä. Yhteydenottoa oli lähinnä puhelimitse ja Pegasos-postin välityksellä. Yhteys lääkäreiden kanssa vaihteli, osa ei ollut yhteydessä juuri ollenkaan, osan kanssa voitiin puhua myös hoidon sisällöistä ja lääkitysasioista. Joillakin terveysasemilla oli pidetty moniammatillisessa työryhmässä hoitoneuvotteluja. **Terveyskeskuksen psykologin** kanssa yhteistyö oli koettu antoisaksi myös työnohjauksellisissa tilanteissa. Äitiyteen liittyvissä asioissa tehtiin yhteistyötä neuvolapsykologien kanssa ja ohjattiin potilaita myös terveysaseman neuvolapsykologin vastaanotolle.

”Puhelimitse ja sitten ton Pegasospostin kautta ja välillä on ollu, muutama kerta on ollu sellanen hoitoneuvottelu potilaan kanssa. Siinä on ollu sit moniammatillinen työryhmä, siinä on ollu ravitsemusterapeutteja, on ollu jotain sosiaalityöntekijää, sitten lääkäri ja minä ja mitä kaikkea sellasia verkostopalavereita on ollu, joissa potilas on ollu tietyst i mukana. Sellasia, niitä on harvakseltaan, se ei oo jotenkin tyypillinen toimintatapa terveyskeskuksessa.”(2)

Depressiohoitajat kuvasivat yhteistyötä **terveysaseman päihdehoitajan** kanssa tärkeäksi. Osalla terveysasemista oli päihdetyöntekijä viikoittain lähetepalavereissa mukana. Etupäässä selkeästi päihdeongelmaiset potilaat ohjattiin päihdehoitajan vastaanotolle. Välillä päihdehoitaja voi siirtää potilaan muutaman käynnin jälkeen takaisin depressiohoitajalle. Tilanteen mukaan depressiohoitaja voi tavata potilasta yhdessä päihdehoitajan kanssa. Päihdehoitajan kanssa jaettiin usein potilaita riippuen siitä, kumpi oli suurempi ongelma päihteet vai masennus. Osa depressiohoitajista oli oppinut hyödyntämään päihdehoitajan asiantuntemusta, osa koki, että hänen asiantuntemustaan voisi käyttää vielä enemmän.

”Meillä se tarkoittaa sitä, että tää meidän päihdetyöntekijä on tossa terveysasemalla aina keskiviikkoisin ja yhteistyö on sitä, että me aina ängetään hänen huoneeseen, ihan vaikka vaan kysymään kuulumisia taikka sitten tarjoon jotain potilasta hänelle tai kysymään, miten on mennyt jonkun kanssa, joka on hänellä ollut. Kun vain huomais itse joskus niinku enemmänkin hyödyntää sitä. Välillä se siinä omassa työn kaaoksessa unohtuu, ai niin, olisihan sekin voinut ottaa tän.”(2)

5.4.2 Terveysaseman ulkopuoliset yhteistyötahot

Pääkategoria terveysaseman ulkopuoliset yhteistyötahot muodostuivat seuraavista yläkategorioista: yhteistyö psykiatrisen avohoidon palvelujen kanssa, yhteistyö sosiaalitoimen kanssa, yhteistyö aikuiskoulutus- ja kuntoutuspuolen kanssa, yhteistyö Työvoimapalvelupisteen kanssa, yhteistyö päihdepalvelujen kanssa, yhteistyö työterveyshuollon kanssa, yhteistyö maahanmuuttajien yhteistyötoimien kanssa (Taulukko 9).

TAULUKKO 9. Pääkategoria terveysaseman ulkopuoliset yhteistyötahot

Pääkategoria	Yläkategoria
Terveysaseman ulkopuoliset yhteistyötahot	Yhteistyö psykiatrisen avohoidon palvelujen kanssa
	Yhteistyö sosiaalitoimen kanssa
	Yhteistyö aikuiskoulutus- ja kuntoutuspuolen kanssa
	Yhteistyö Työvoimapalvelupisteen kanssa
	Yhteistyö päihdepalvelujen kanssa
	Yhteistyö työterveyshuollon kanssa
	Yhteistyö maahanmuuttajien yhteistyötoimien kanssa

Depressiohoitajat kuvasivat **psykiatrian poliklinikoiden** olevan tärkeimpiä yhteistyötahoja. Osa depressiohoitajista koki yhteistyön olleen onnistunutta. Erityisesti niiden poliklinikoiden kanssa, joiden kanssa oli eniten yhteistyötäkin. Palavereja oli pari kertaa vuodessa ja aina tilanteen mukaan tarvittaessa. Palaverien sisältö käsitti hoitolinja-asioita, vähemmälle jäivät yksittäisiä potilaita koskevat asiat. Kaikilla terveysasemilla ei ollut vielä käytössä konsultoivaa psykiatria, jolloin konsultaatioita käytiin ylilääkärin kanssa säännöllisesti. Ne konsultaatiot koettiin tilanteen mukaan melko riittäviksi. Yhteistyötä käytiin puhelimitse ja Pegasos-postin kautta. Aikaisemmin järjestettiin terveysasemakohtaisia kehittämispalavereita. Depressiohoitajat kokivat erityisenä puutteena sen, että psykiatrian poliklinikoille oli vaikea saada siirrettyä erikoissairaanhoidoa tarvitsevia potilaita, jolloin hoitajat joutuivat hoitamaan terveysasemilla lähes psykoottisiakin potilaita.

Yhteistyö **psykiatristen avohoidon työryhmien** kanssa koettiin toimiviksi. Erityisesti psykoosityöryhmiltä saatiin apua arviointeihin. Jollakin alueella oli toiminnassa **psykiatrinen avokuntoutus-tutkimusyksikkö**, jonka kanssa yhteistyö koettiin mielenkiintoiseksi.

Depressiohoitajat kuvasivat, että sosiaalitoimeen, erityisesti **aikuissosiaalipuoleen** pitäisi saada paremmat yhteistyökuviot. Monilla potilailla oli sosiaalityön puolen tarvetta elämän tilanteessaan, esimerkiksi sosiaalietuusasioissa ja taloudellisissa ongelmissa. Osa hoitajista toi esille, että terveysasemilla voisi olla oma sosiaalityöntekijä. **Sosiaalipuolen lastensuojelun työntekijät** olivat myös tärkeitä yhteistyökumppaneita. Lastensuojeluilmoituksia jouduttiin tekemään jonkun verran ja hoitajat kokivat saavansa lastensuojelun työntekijöiltä vinkkejä, kun perheelle tarvittiin erilaisia tukitoimia. Lastensuojelutyö oli mukana huostaanottotilanteissa ja hoitajat toivoivat näissä tilanteissa yhteydenoton sosiaalitoimeen olevan helpompi. Myös niissä tilanteissa, kun perheen vanhempi oli masentunut ja väsynyt omassa elämäntilanteessaan ja tarvittiin lisää perhetyötä.

”Vaikka niinku perheen äiti on hyvin väsynyt ja mä oon tavannu sitä miestäkin ja mä kysyn heidän luvallaan, että voinko mä olla yhteyksissä sosiaalityöhönkin vielä, että me saatas teidän asioita paremmin hoidettua yhdessä. Ja sitten mä soitan sinne ja sanon, että olis varmaan tällänen palaveri paikallaan, mä oon tosi huolissani, että tän perheen äiti on niin masentunut, siellä on niin monta lasta. Ja jotenkin, vaikka kotihoitokin on voinut olla heillä, perhetyö on käynyt, perhetyö nimenomaan, niin ei se siitä oo, aina ei tuu ne asiat silleen esille. Että se on kyllä kumma juttu, että tässä se niinku äidin väsymys rypsähtää se hän kertoo sen ehkä toisella tapaa ja mun silmin se vaikuttaa siltä, että tää tarvitsee lisää perhetyötä, vankempia otteita.”(6)

Aikuiskoulutus – ja kuntoutustahojen kanssa tehtiin yhteistyötä potilasasioissa. Opinto-ohjaajat ottivat yhteyttä ja sopivat yhteisiä palavereita hoitajien kanssa. Myös **yhteistyö työvoimapalvelupisteen** kanssa koettiin hyväksi ja toimivaksi yhteisten asiakkaiden asioissa.

Depressiohoitajat kuvasivat **A-klinikan kanssa** yhteistyötä olevan paljon ja siellä koettiin olevan hyvät palvelut päihdepotilaille. A-klinikalta ohjattiin usein potilas depressiohoitajalle, kun akuutein päihdeongelma oli saatu pois. **Myös Päihdepalvelusäätiön** kanssa kuvattiin olevan yhteisiä asiakkaita, mutta hoitajien toiveena oli, että heidän hoitonsa olisi yhdessä paikassa kerrallaan.

”A-klinikan kanssa on ollu hoidossa ja se pahin päihdeongelma, mä tarkotan se akuutein sillä hetkellä, on saatu pois, sitten on ohjattu mulle, et aika paljon se on tämmöstä, et sovi-taan semmosia pelisääntöjä, kumpi hoitaa ja sitten on joskus ollu, niitä on harvemmin, mut on mulla ollu niitä tässä vuosien varrella, sitten yhteispalavereita että ollaan yhdessä.”(4)

Terveysasemien depressiohoitajille ohjautui potilaita **myös työterveyshuollon kautta**. Näissä tilanteissa potilas oli käynyt usein 1 – 3 kertaa työterveyshuollon psykologilla, jonka jälkeen potilas ohjautui jälkihoitoon terveysasemalle. Yhteistyössä työterveyshuollon kanssa oli haastetta, koska kaikki potilaat eivät halunneet mennä työterveyshuoltoon, vaan hakeutuivat mieluummin terveysasemalle. Hoitajat kokivat yhteistyön mahdottomaksi, jos hoito jaettiin työterveyshuollon lääkärin ja depressiohoitajan kanssa. Työterveyshuolto koettiin tärkeäksi ottaa mukaan potilaan hoitoon. Se voi myös auttaa potilasta työhön paluussa. Masennus voi liittyä nimenomaan työolosuhteisiin ja se voi näkyä työssä.

” Sillä tavalla se jää vähän, et kun tietyllä tavalla potilas on työterveyshuollossa, silloinhan työterveyshuollon kuuluu hoitaa myös masennusjutut, mut sit kun on näitä potilaita, jotka ei halua mennä työterveyshuoltoon hoitamaan, he tulevat terveysasemalle ja sit se yhteistyö on vähän hankalaa, kun he ei halua sinne tietoo ja sit kuitenkin työpaikka vaatii ja tai toivoo, että menis työterveyshuoltoon ja sit potilas käy, mutta ei välttämättä mee. Tää on tämmönen, se on aika haaste.”(4)

Depressiohoitajat kuvasivat uutena tulokkaana maahanmuuttajanaisten keskuudessa toimivaa päivätoimintapaikkaa, **Naisresurssikeskusta**, jonka kanssa voitaisiin myös tehdä yhteistyötä mielenterveyden ennaltaehkäisyssä näkökulmasta. Depressiohoitajat kuvasivat tekevänsä yhteistyötä myös **tulkkipalvelujen ja maahanmuuttajien terveydenhoitajan kanssa**. Koettiin, ettei ollut aina helppoa työskennellä tulkin välityksellä eri kulttuuripiireistä tulevien maahanmuuttajien kanssa. Tulkin välityksellä ei aina välttämättä saanut välitettyä asiaa oikealla tavalla. Masennus on myös tunnesairaus ja ihmiset pääasiassa kuvaavat tunteitaan omalla äidinkielellään.

5.5 Depressiohoitajan työn kehittäminen

Yhdistävä kategoria depressiohoitajan työn kehittäminen muodostui seuraavista pääkategorioista: depressiohoitaja kehittäjänä ja työn kehittäminen.

5.5.1 Depressiohoitaja kehittäjänä

Pääkategoria depressiohoitaja kehittäjänä muodostui seuraavista yläkategorioista: Pr-työ, Projektit, mentorointi ja työnohjaajana toimiminen (Taulukko 10).

TAULUKKO 10. Pääkategoria depressiohoitaja kehittäjänä

Pääkategoria	Yläkategoria
Depressiohoitaja kehittäjänä	Pr-työ
	Projektit
	Mentorointi
	Työnohjaajana toimiminen

Depressiohoitajat kuvasivat työssään tärkeänä **myös oman työn esille tuomisen** ja oman asiantuntijuuden jakamisen. He kuvasivat olevansa asiantuntijoita, joilla oli paljon tietoa eri mielenterveyshäiriöistä. Heidän asiantuntemustaan oli hyödynnetty jo terveysasemilla, koska mielenterveysalan ammattilaisia oli niin vähän terveysasemilla. Depressiohoitajien vastuulle jäi myös usein uusien terveyskeskuslääkäreiden perehdyttäminen depressiohoitajatoimintaan ja depression hoitoon terveysasemilla.

Depressiohoitajat osallistuivat myös jonkin verran **erilaisiin kehittämisprojekteihin** terveysasemalla. Projekteissa oli suunniteltu järjestettäväksi erilaisia koulutustilaisuuksia masennuksen varhaistunnistamiseen muun muassa perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnalle. Depressiohoitajia toimi myös **mentoreina ja työnohjaajina** vähemmän kokemusta omaavalle hoitohenkilökunnalle.

”Eli kyllähän se mielenterveystyö ja sen esilletuonti, sen näkyväksi tuonti, pr-työ kuuluu ihan ehdottomana osana. Mä oon ollu innokas noissa projekteissa, oikeastaan kaikissa mahdollisissa....oli iso projekti ... tässä työssä voi tehdä myös muuta kuin tätä”. Ammattitaidon ylläpitäminen, me on nyt tehty sitä, kun meillä on ollu paljon perehdytettäviä tässä, useita työntekijöitä, ollaan aloitettu semmonen malli, että ollaan otettu me eri hoitajat, vähän kokeneemmat, näitä uudempia mukaan päiväks mukaan omille vastaanotoille ja he on nähnyt erilaisia tapoja kohdata asiakasta.”(5)

5.5.2 Työn kehittäminen

Pääkategoria työn kehittäminen muodostui seuraavista yläkategorioista: potilas/asiakastyön kehittäminen ja yhteistyön kehittäminen (Taulukko 11).

TAULUKKO 11. Pääkategoria työn kehittäminen

Pääkategoria	Yläkategoria
Työn kehittäminen	Potilas/asiakastyön kehittäminen
	Yhteistyön kehittäminen

Potilas/asiakastyön kehittämisen näkökulmasta depressiohoitajat toivat esille sen, että huomiota pitäisi kiinnittää nimenomaan potilasvalintaan. Depressiohoitajat kokivat hoitavansa osittain vaikeampia potilaita kun heidän työnkuvaansa kuului. Hyvin erilaisia potilaita eri diagnooseilla tuli hoitoon. Lääkärin ammattitaidosta riippui paljolti se diagnostisointi. Nähtiin tärkeäksi, että depressiohoitajille ei ohjattaisi potilaita jatkohoitoon. Myös potilaiden nopeampi siirtäminen tarvittaessa erikoissairaanhoidon pitäisi toteutua. Depressiohoitaja kokivat hoitavansa myös lieviä ja keskivaikeita masennuspotilaita, joita heidän työnkuvaansa kuuluukin. Tärkeäksi nähtiin myös, että potilas saisi hänelle sopivaa hoitoa oikea-aikaisesti. Kehitettäisiin sitä, että lääkärit osaisivat ajoissa lähettää hoitoon. Kaikki eivät kuitenkaan hakeutuneet hoitoon lääkärin suosituksesta huolimatta. Ongelmana oli myös hoitojen keskeytyminen. Depressiohoitajat kokivat tärkeäksi tiedon antamisen masennuksesta, ja että puhuttaisiin enemmän siitä, mitä se masennus tarkoitti ja mitä se sairastaminen oli. Depressiohoitajat halusivat hoitaa ”puhtaita” masennuspotilaita, ja tehdä depressiohoitajina nimenomaan depressiohoitajan työtä. Huomiota pitäisi vielä kiinnittää siihen, että masennus uusiutuu helposti. Nuorille kannabiksen käyttäjille olisi tarvetta kehittää oma työmallinsa, jotta he eivät jäisi ilman sopivaa hoitoa.

”Mä haluaisin ihan kauheesti panostaa siihen varhaistunnistukseen ja lisätä sitä nimenomaan sitä, ett sieltä poimittais ne ihan tuoreet niinku neitseelliset masennukset, koska mulla on semmonen kokemus, että jos ne lähetettäis heti tähän, koska sitten kun ne tunnistetaan, kun ne on huonommassa kunnossa ja lähetetään tähän, niin se työn määrä on paljon isompi. Että tavallaan se semmonen neitseellisen masennuksen hoito ja varhaistunnistus olis se, minkä mä nään kaikista tärkeempänä.”(7)

Depressiohoitajien mukaan potilaiden puoliset eivät tulleet kovin helposti mukaan tapaamisiin. Jo yhdenkin kerran mukana olostä olisi hyötyä, sillä puoliset saisivat tietoa sairaudesta ja sen hoidosta.

Lapset -puheeksi hoitomallin rinnalle toivottiin aviopuolisot puheeksi - mallia. Pari- ja perhetapaukset pitäisi olla myös työmallina. Resursseja pitäisi saada lisää perhetyöhön. Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien äitien varhaisempi hoitoon saaminen koettiin haasteena.

”Mä kutsun joka kerta ja se on todella semmonen asia, että ne ei tuu helposti ne puoliset mukaan. Mutta ne haittaa sitä hoitoa huomattavasti, jos ne ei tuu mukaan. Ja jos ne tulee, vaikka yhdenkin kerran mukaan niistä on suunnatonta hyötyä sille masennuspotilaalle, kun ne ymmärtää, mistä on kyse, tätä hoidetaan, mussa ei ookaan mitään vikaa, kun tää johtuu masennussairaudesta, ai, semmonen sairaus on oikeesti olemassa kun masennus ja tämä. Tietämättömyys on ollu se suurin pulma. Aviopuoliso puheeksi-malli pitäis olla, muuten ne lapsetkaan ei hoidu siellä kotona.”(6)

Masennusryhmiä toivottiin olevan kaikilla terveysasemilla, samoin ahdistuksen sieto ja paniikkihäiriöisille omia ryhmiä. Depressiohoitajat toivat esille, että oli vaikeaa saada ryhmään osallistujia. Myös yhteinen ryhmä diabeteshoitajan kanssa oli tulevaisuuden suunnitelmissa. Diabetes- ja depressiopotilailla nähtiin yhteisiksi asioiksi muun muassa itsehoitoon liittyvät asiat. Ryhmiä voisi suunnitella ns. non-stop-periaatteella, että aina olisi jossain alueella ryhmä, johon voisi ohjata potilaan. Opiskelijoita voisi ottaa mukaan ryhmisiin oppimaan ryhmän ohjausta kokeneen ohjaajan kanssa. Toivottiin myös luovien menetelmien monipuolisempaa käyttöä ryhmissä, samoin resurssipuolella työvälineitä lisää työhuoneisiin. Joillakin terveysasemilla toimi depressiohoitaja ns. kehittäjä-sairaanhoitajana, jolle oli suunniteltu oma työkuvasa nimenomaan toiminnan edelleen kehittämiseksi.

Yhteistyön kehittämisen näkökulmasta depressiohoitajat toivat esille sosiaalitoimen kanssa yhteisiä palaveriteita. Terveysasemalla toivottiin omaa sosiaalityöntekijää. Toisaalta tuotiin esille se, että terveysasemalla voisi olla liian paljon potilaita, ettei hän ehtisi hoitaa niitä. Alueilla oli sosiaalityöntekijä, mutta yhteydenotto oli vaikeaa. Konsultoivan psykologin tulo työmalliin joillakin terveysasemilla koettiin positiivisena ja toivottiin, että tällainen jalkautuva työmalli jatkuisi vielä projektin jälkeenkin. Konsultoiva psykologi pystyi ohjaamaan potilaita tarvittaessa lyhytpsykoterapioihin ja hän toi toisenlaista näkemystä nimenomaan vuorovaikutussuhteisiin. Konsultoivan psykiatrin mukana olo tiimin tukena koettiin myös tärkeäksi. Yhteistyön kehittäminen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kanssa nähtiin tarpeellisena, samoin depressiohoitajien oman työn esille tuomista. Joillakin alueilla toimi työparina depressiohoitaja ja psykologi. He tekivät samaa työtä eri palkalla, johon toivottiin muutosta työnkuvien muutosten kautta.

Depressiohoitajat kuvasivat, että terveyskeskuslääkäreiden vaihtuminen terveysasemalla oli ongelmallista sekä potilaalle että hoitajille. Haasteeksi nähtiin se, että hoitajien täytyi käydä aktiivisesti kertomassa aina uudelleen uusille lääkäreille työstään. Tärkeäksi koettiin, että saataisiin moniammatillinen tiimi työmalliin mukaan. Todettiin, että depressiohoitajien työmalli tulee muuttumaan vaihteittain ja kehittyä aina edelleen. Tämä nähtiin voimaannuttavana tekijänä, potilaille tulee myös lisää vaihtoehtoja. Toivottiin yhteisiä keskusteluja terveyskeskuslääkärien kanssa potilaiden hoidosta ja lääkityksestä sekä enemmän suunniteltuja yhteistyöpalavereita terveysasemalle. Toivottiin, että terveyskeskuslääkärillä olisi antaa se toinenkin aika depressiopotilaalle. Hoitovastuuhan on terveyskeskuslääkärillä. Se koettiin ongelmalliseksi myös, että depressiohoitajalle lähettämisen jälkeen ei sovittu enää kontakteja lääkärin vastaanotolle. Tällöin seuranta jäi aika pitkälle hoitajan varaan.

” Tärkeenä on totta kai terveyskeskuslääkärit tässä ja niinku, mä kuvasin sitä, että se on meidän vastuulla aika pitkälti se perehdytys tähän työmalliin ja potilaat. Se on välillä vähän turhauttavaa, sanotaanko. Ja tota, mutta silti se lähin yhteistyökumppani on täällä kuitenkin ne lääkärit. Se täytyy jotenkin hoituu. ”(5)

Depressiohoitajat toivoivat myös yhteistyötä lisää terveysaseman henkilökunnan kanssa. Lisäksi nähtiin tarpeelliseksi koulutustilaisuuksien järjestämisen masennuksen tunnistamiseksi perusterveydenhuollon hoitajille ja lääkärille. Hoitajat toivat esille myös sen, että yhteistyötä työterveyshuollon kanssa pitäisi kehittää. Koettiin haasteena ne potilaat, jotka eivät halunneet mennä työterveyshuoltoon vaan tulivat terveysasemalle. Myös perheneuvolan jonot koettiin liian pitkiksi. Todettiin, kun apu viivästyi, niin ongelmat hankaloituivat. Perheneuvolan työtapoja ja työmallia voisi myös kehittää edelleen.

” Sen perheneuvolan jonot, puolitoista kuukautta, on liian pitkä. Se on ollu mun mielestä koko ajan jollakin lailla ongelmallinen juttu, että on hirveen vaikeesti oireilevia lapsukaisia, paljon yksinhuoltajaperheitä, ja sitten kun se apu jotenkin viivästyy, niin tietysti ongelma hankaloituu ja siksi ehkä sen äidin jaksaminen on jo aika kovilla. Se on mun mielestä ikävää, että sit joudutaan siirtyyn suoraan jonnekin akuuttiin lapsen psykiatriselle. Se on ehkä se haastavin, kun mietin sitä kokonaisuutta. Mutta se ei ole henkilöistä kiinni, vaan työtavoista ja työmalleista, että se pitäis ehkä muuttaa. ”(5)

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tulokseksi saatiin neljä yhdistävää kategoriaa, jotka kuvaavat 1) Depressiohoitajan moniulotteista roolia masentuneiden potilaiden hoitotyössä terveyskeskuksessa 2) Depressiohoitajan työssä jaksamista 3) Depressiohoitajaa monialaisena ja moniammatillisena yhteistyöosaajana sekä 4) Depressiohoitajan työn kehittämistä. Tutkimuksessa tuli esille depressiohoitajan työn moninaisuus hoidossa olevien potilaiden osalta. Vain muutama haastatelluista hoiti pääasiassa depression kolmiomallin mukaisesti lieviä ja keskivaikeita masennuspotilaita. Depressiohoitajat kokivat hoitavansa osittain vaikeampi häiriöisiä potilaita kuin mitä heidän työkuvaansa kuului. Haastatellut olivat kokeneita, pitkän työkokemuksen omaavia psykiatrisia sairaanhoitajia, joilla on psykiatrisen hoitotyön koulutuksen lisäksi monenlaista lisäkoulutusta psykoterapian, ryhmän ohjauksen ja päihdetyön alueelta. Vuorilehdon ym. (2008) mukaan on myös tärkeätä pystyä kuvaamaan depressiohoitajan työn sisältöä myös laadullisin menetelmin ja yhtenäistää depressiohoitajien työnkuvaa valtakunnallisen manuaalin avulla. Seuraavassa tarkastellaan joitakin keskeisimpiä tuloksia suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin.

Tässä tutkimuksessa depressiohoitajan moniulotteinen rooli ja tehtävät korostivat depressiohoitajan asiantuntijaroolia perusterveydenhuollossa. Depressiohoitajan työnkuvassa näyttäytyivät muun muassa arvioitsijan, palveluohjaajan, terapeutin, konsultin, kouluttajan ja monialaisen ja moniammatillisen yhteistyöosaajan roolit. Depressiohoitajat kuvasivat työssään tärkeänä myös oman työn esille tuomisen ja oman asiantuntijuuden jakamisen. He kuvasivat olevansa asiantuntijoita, joilla oli paljon tietoa eri mielenterveyshäiriöistä. Heidän asiantuntemustaan oli hyödynnetty jo terveysasemilla, koska mielenterveysalan ammattilaisia oli niin vähän terveysasemilla. Osa depressiohoitajista oli osallistunut erilaisiin projekteihin terveysasemalla ja toiminut mentoreina ja työnohjaajina vähemmän kokemusta omaavalle hoitohenkilökunnalle. Walker ym. (2000) mukaan psykiatrisen sairaanhoitajan rooli perusterveydenhuollossa masennuspotilaiden hoitajana näyttäytyi moniulotteisena ja laaja-alaisena. Psykiatrisen sairaanhoitajan tehtävien laajentaminen konsultoivaksi sairaanhoitajaksi, jossa yhdistyisi terapeutin, konsultoivan sairaanhoitajan, yhteistyöagentin ja arvioitsijan roolit, pidettiin tärkeänä. Tovey ym. (2004) mukaan myös psykiatrisen sairaanhoitajan keskeisinä tehtävinä korostettiin lyhytterapeuttisia hoitointerventioita (mm. kognitiivista terapiaa), koulutusta, ohjausta, tukea muulle työryhmälle, mielenterveysongelmien varhaista tunnistamista, potilaan nopeaa pää-

syä arviointiin ja lääkehoidon seurantaa. Myös Saur ym. (2002) korosti psykiatrisen sairaanhoitajan asiantuntijaroolia oman ammattialansa edustajana ikääntyvien depression vaikuttavuutta käsittelevässä tutkimuksessa. Saur ym. (2007) tutkimuksessa kuvailtiin potilaiden tyytyväisyyttä depressiohoitajan antamaan hoitoon perusterveydenhuollossa. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä depressiohoitajan antamaan hoitoon ja tulevaisuudessakin hakeutuisi tarpeen vaatiessa vastaanotolle (Saur ym. 2007).

Depressiohoitajalla oli itsenäinen, joskin yksinäinen rooli perusterveydenhuollon mielenterveys-työssä. Depressiohoitajat kaipaivat moniammatillisen työryhmän tukea, jota heillä ei ollut perusterveydenhuollon organisaatiossa. Vaikka he kuuluivat psykiatriselle puolelle, he kokivat olevansa välimaastossa. Työssä jaksamisen tukemiseksi nähtiin tärkeäksi työn rajaaminen sekä toivottiin lisää esimiehen tukea. Osalla depressiohoitajia ei ollut yksilötyönohjausta ryhmätyönohjauksen lisänä, vaikka sille oli selkeästi tarvetta. Kollegatuki koettiin merkittäväksi työssä jaksamisen tukena. Myös Vuorilehto & Kivekkään (2012) tutkimuksen mukaan toivottiin depressiohoitajan työn selkiyttämistä ja sen rajaamista suhteessa muiden perusterveydenhuollon työntekijöiden muun muassa psykologien ja päihdehoitajien työhön. Samoin työn yksinäisyyden keventämiseksi toivottiin vertaistukea ja työnohjausta. Esimieheltä toivottiin psykiatrisen työn osaamista tai ainakin näkemystä ja tukea työn rajaamiseen ja kehittämiseen. (Vuorilehto & Kivekäs 2012.)

Tässä tutkimuksessa nousi esille terapeuttisena menetelmänä terapeutin tukea antava keskustelu. Depressiohoitajat kuvailivat myös, miten joku voi hyötyä terapeuttisista keskusteluista, joku taas enemmän konkreettisesta neuvonnasta. Psykoedukaatio eli tiedon antaminen masennuksesta sekä mielialalääkityksistä koettiin tarpeelliseksi keskusteluissa. Kognitiivisen ja interpersoonallisen terapian käyttöä masennuspotilaiden hoidossa tässä tutkimuksessa ei kuvailtu kovinkaan paljoa. Päinvastoin erilaista psykoterapeuttista osaamista oman ammattitaidon kehittämiseksi toivoivat ne depressiohoitajat, jotka eivät olleet vielä hankkineet terapiakoulutusta.

Depressiohoitajien käyttämiä menetelmiä työssään masentuneiden potilaiden hoitotyössä tutkittaessa todettiin biopsykososiaalisen lähestymistavan olevan olennainen tekijä hoidettaessa depressiota. Terapeutisessa vuorovaikutussuhteessa koettiin tärkeäksi myös huomioda potilaan hengelliset, kulttuuriin ja ympäristöön liittyvät tekijät. Terapeutisessa vuorovaikutussuhteessa korostuivat aktiivinen kuuntelu, oma persoona työvälineenä, psykoterapeuttiset menetelmät (kognitiiviset ja interpersoonalliset terapiat) ja lääkehoidon seuranta. (Parrish ym. 2008.)

Tässä tutkimuksessa depressiohoitajat kuvasivat psykiatrian poliklinikoiden olevan tärkeimpiä yhteistyötahoja. Osa depressiohoitajista koki yhteistyön olleen onnistunutta. Depressiohoitajat kokivat erityisenä puutteena sen, että psykiatrian poliklinikoille oli vaikea saada siirrettyä erikoissairaanhoidon tarvitsevia potilaita, jolloin hoitajat joutuivat hoitamaan terveysasemilla lähes psykoottisiakin potilaita. Depressiohoitajat kuvasivat, että terveyskeskuslääkäreiden vaihtuminen terveysasemalla oli ongelmallista sekä potilaalle että hoitajille. Haasteeksi nähtiin se, että hoitajien täytyi käydä aktiivisesti kertomassa aina uudelleen uusille lääkäreille työstään. Toivottiin yhteisiä keskusteluja terveyskeskuslääkäreiden kanssa potilaiden hoidosta ja lääkityksestä sekä enemmän suunniteltuja yhteistyöpalavereita terveysasemalle. Toivottiin, että terveyskeskuslääkärillä olisi antaa se toinenkin aika depressiopotilaalle. Vuorilehto & Kivekkään (2012) mukaan toimiva yhteistyö edellytti uusien terveyskeskuslääkäreiden perehdyttämistä ja psykiatrien klinistä ohjausta.

Työn kehittämisen näkökulmasta Vuorilehto & Kivekkään (2012) mukaan hoidon kehittämiseksi toivottiin vaihtuville lääkäreille ja muulle perusterveydenhuollon henkilökunnalle jatkuvaa koulutusta ja innostuneempaa asennetta depression hoitoon. Konsultoivan psykiatrin roolin kehittämiseksi ehdotettiin myös jalkautumista terveysasemalle. Yhteistyön näkökulmasta mahdollisuuksia nähtiin myös fysioterapian ja työterveyshuollon kanssa. (Vuorilehto & Kivekäs 2012.)

Tässä tutkimuksessa depressiohoitajat toivoivat yhteistyön lisäämistä terveysasemien henkilökunnan kanssa. Lisäksi nähtiin tärkeäksi järjestää koulutustilaisuuksia masennuksen tunnistamiseksi terveysaseman hoitajille ja lääkäreille. Hoitajat toivat esille myös sen, että yhteistyötä työterveyshuollon kanssa pitäisi kehittää. Haasteena oli koettu ne potilaat, jotka eivät halunneet mennä työterveyshuoltoon vaan tulivat terveysasemalle. Yhteistyön kehittämisen näkökulmasta depressiohoitajat toivat esille sosiaalitoimen kanssa yhteisiä palavereita. Terveysasemalle toivottiin omaa sosiaalityöntekijää. Toisaalta tuotiin esille se, että terveysasemalla voisi olla liian paljon potilaita, ettei hän ehtisi hoitaa niitä. Alueilla oli sosiaalityöntekijä, mutta yhteydenotto oli vaikeaa. Depressiohoitajien mukaan puoliset eivät tulleet kovin helposti mukaan tapaamisiin. Jo yhdenkin kerran mukana olosta olisi hyötyä, sillä puoliset saisivat tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Tiedollinen tuki on todettu mielenterveysongelmista kärsivien läheisille tärkeäksi (Heikkilä 2006, Kilkku 2008). Tapaamisia saattaisi helpottaa selkeiden interventtioiden tai mallien käyttö. Lapset -puheeksi hoitomallin rinnalle toivotaan aviopuolisot puheeksi -mallia. Pari- ja perhetapaamiset pitäisi olla myös työmallina. Resursseja pitäisi saada lisää perhetyöhön. Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien äitien varhaisempi hoitoon saaminen koettiin haasteena. Synnytyksen jälkeistä masennusta ennustaa var-

mimmin naisen aiempi depressiivisyys (Escribe – Aguir ym. 2008), mutta myös sosiaalisen tuen puute puolisolta on yhteydessä masennukseen (Dennis & Ross 2006).

Tässä tutkimuksessa tärkeäksi koettiin, että työmalliin saataisiin moniammatillinen tiimi mukaan. Depressiohoitajien työmalli tulee todennäköisesti muuttumaan vaiheittain ja kehittymään aina edelleen. Tämä nähtiin voimaannuttavana tekijänä, potilaille tulee myös uusia vaihtoehtoja oman hoitonsa suhteen. Cleverin ym. (2006) tutkimuksen mukaan potilaat, jotka osallistuivat päätöksentekoon oman hoitonsa suhteen, saivat parempia hoitotuloksia masennuksesta toipumisessa.

Depressiohoitajien työnkuvan laajentamista asiantuntijasairaanhoitajaksi tulevaisuudessa voidaan pitää oikeutettuna. Ammatillinen kasvaminen asiantuntijasairaanhoitajaksi vaatii organisaatiolta esimiesten ja kollegoiden tukea, riittävää koulutusta, työnohjausta sekä sellaisen toimintakulttuurin muutosta, joka mahdollistaa asiantuntijasairaanhoitajan toimimisen kliinisenä hoitotyön kehittäjänä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan (Kylmä & Juvakka 2007). Tämän tutkimuksen luotettavuutta on arvioitu Kylmän ja Juvakan (2007) ehdottamien laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerien mukaan. Ne ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007).

Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa uskottavuuden vahvistamiseksi on käytetty muun muassa triangulaatiota. Tutkimukseen osallistujilta kerättiin tutkittava tieto esseetehtävien ja haastattelujen avulla. Teemahaastatteluilla täydennettiin esseetehtävien tuottamaa aineistoa. Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa myös se, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Tutkimuksen kokonaisprosessi tutkimussuunnitelman tekemisestä lopulliseen valmistumiseen kesti yli kaksi vuotta, joten tutkimukseen liittyviä pohdintoja ja valintoja tehtiin pitemmän ajanjakson aikana.

Tutkimuksen uskottavuutta olisi voitu vielä vahvistaa keskustelemalla tutkimuksen osallistujien kanssa tutkimuksen tuloksista. Uskottavuutta lisäsi vielä se, että haastateltaviksi valikoitui ne, joilla on riittävän pitkä kokemus depressiohoitajan työstä. Haastateltavat kokivat myös tärkeänä tarkastel-

la omaa työtään depressiohoitajana ja oman organisaation toimintamalleja siinä sosiaalisessa kontekstissa, mihin tutkimukseen osallistuja kuului. Teemahaastattelussa haastateltavat toivat esille avoimesti omia kokemuksia ja konkreettisia esimerkkejä. Haastatteluissa oli tilaa haastateltavien näkemyksille ja mielipiteille, mutta kuitenkin varmistettiin, että teema-alueet käytiin läpi.

Aineistosta saatiin runsas ja moniulotteinen. Tutkimustehtävien kannalta saatiin tarkoituksenmukaista ja laadukasta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Koko aineisto analysoitiin kahteen eri kertaan ja verrattiin saatuja tuloksia toisiinsa. Tutkimustehtävien tarkempi rajaaminen olisi tuonut lisää syvällisempää tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen etenemisessä ja menetelmien pohdinnassa olisi voitu enemmän hyödyntää ohjausta kokeneilta tutkijoilta.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää sitä, että tutkimuksen lukija ja arvioija voi seurata ja arvioida tutkimusprosessin kulkua (Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimusprosessi on kuvattu tässä tutkimuksessa mahdollisimman tarkasti. Aineiston runsauden ja moniulotteisuuden vuoksi analysointi vei paljon aikaa. Aineiston tallentaminen tietokoneelle mahdollisti yhteyden alkuperäisilmauksiin. Aineiston luokittelu ja nimeäminen oli monivaiheista ja ajoittain työlästä.

Refleksiivisyys edellyttää sitä, että tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa tutkijan oma ammatillinen työkokemus depressiohoitajan työstä tuotti ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä ja sen moniulotteisuudesta. Toisaalta tutkijan taustan haittana voi olla myös ennako-oletusten muodostuminen tutkittavasta ilmiöstä. Tutkijan kokemus erilaisista haastattelutilanteista edesauttoi, että haastateltavilta saatiin paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja kaikkiin tutkimustehtäviin saatiin vastauksia.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa haastateltavina oli seitsemän depressiohoitajaa. Esseetehtävän palauttivat kaikkiaan viisitoista depressiohoitajaa terveyskeskuksissa eri puolilta Suomea. Osa haastateltavista kuului erikoissairaanhoidon organisaatioon ja osa perusterveydenhuollon organisaatioon. Haastateltavista useimmat olivat toimineet jo useamman vuoden depressiohoitajan tehtävissä. Tutkimustulokset ovat mahdollisesti ainakin osittain siirrettävissä muihin perusterveydenhuollon organisaatioissa toimiviin yksiköihin, sillä haastateltavat toivat esille tutkittavasta ilmiöstä tietoa ja kokemusta, joka oli samansuuntaista eri terveysasemilla. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää eri terveysasemilla kehitettäessä depressiohoitajatoimintaa. Vastaavanlaisia tuloksia depressiohoitajatoiminnasta on tuotu esille myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Vuorilehto & Kivekäs 2012).

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Jo tutkimussuunnitelmassa voidaan arvioida sitä, millä tavalla tutkimuksessa tuotettu tieto voidaan hyödyntää hoitotyön laadun kehittämisessä. Aiheen valinta on jo itsestään eettinen valinta. Tutkijan on pohdittava sitä, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2010.) Tämä tutkimus käsittelee ajankohtaista ja yhteiskunnallisesti tärkeää aihetta, masennuksen hoitoa perusterveydenhuollossa. Oma työkokemus depressiohoitajana terveyskeskuksessa on antanut hyvän pohjan tarkastella kyseistä aihetta eri näkökulmista.

Tutkimusta varten haettiin tutkimusluvut terveyskeskusten ylihoitajilta tai muilta vastaavilta esimiehiltä. Tutkimuksen osallistujaa on myös informoitava tutkimuksen tarkoituksesta ja menettelytavoista sekä siitä, miten luottamuksellisuus ja nimettömyys taataan. Tiedon saannin lisäksi tietoon perustuvassa suostumuksessa on keskeistä suostumus (Kylmä & Juvakka 2007.) Tutkimukseen osallistuminen tulee olla lisäksi täysin vapaaehtoista ja tutkittavan tulee voida keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2010). Tässä tutkimuksessa ensimmäisen vaiheen esseetehtävän yhteydessä tutkimukseen osallistujille selvitettiin tutkimuksen tarkoitus ja toteuttamistapa sekä muita eettisiä asioita kuten anonymiteettisuoja ja aineiston salassapito. Tutkimukseen osallistujien palauttaessa esseetehtäviään halukkaat osallistujat ilmoittivat yhteydenottotietonsa myöhempää haastattelua varten. Tämä kirjallinen yhteydenotto tulkittiin suostumukseksi haastatteluun.

Laadullisen tutkimuksen eettisiin kysymyksiin kuuluu myös pohtia, mikä on tutkijan rooli suhteessa tiedonantajiin. Luottamuksellisen suhteen luominen haastattelutilanteessa on haastattelutilanteessa tärkeää myös tiedon saannin kannalta. Haastattelun alussa tutkija kertoi, miksi oli päätynyt kyseiseen tutkimusaiheeseen. Haastattelussa käytiin läpi myös tutkimuksen osallistujien esiin tuomia kokemuksia ja tunteita, jotka lisäsivät avointa keskustelua haastattelutilanteessa.

Tutkimustulosten eettinen raportointi merkitsee avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimuksen kaikkien vaiheiden raportoinnissa. Samanaikaisesti on myös suojeltava tutkimuksen osallistujia. (Kylmä & Juvakka 2007.) Esimerkiksi aineiston nauhoituksissa, puhtaaksikirjoitetuissa haastatteluisissa ei ole käytetty haastateltavien ihmisten nimiä vaan esimerkiksi numeroita. Tämä konkretisoituu myös tutkimuksessa käytettyjen autenttisten lainausten yhteydessä. Esitetyistä suorista lainauk-

sista poistettiin niitä kuvaavat koodit, jotta voitiin taata tutkimukseen osallistujien anonymiteettisuoja. Tutkimuksessa varmistettiin myös, että kukaan ei voi tunnistaa hänen käyttämistään lainauksista tutkimukseen osallistunutta ihmistä.

6.4 Toimenpide-ehdotukset

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009) esitetään, että vuoteen 2015 mennessä jokaisessa kunnassa olisi depressiohoitajia. Palvelujärjestelmän tuntemus, konsultaatio-osaaminen sekä monialaisen - ja moniammatillisen yhteistyön osaaminen on depressiohoitajan osaamisaluetta. Depressiohoitaja toimii palvelukokonaisuudessa potilaan case-managerina (STM 2010.) Depressiohoitajan korkean koulutuksen laadun ja depressiopotilaiden hyvän hoidon takaamiseksi ammattikorkeakouluilla on nimenomaan depressiohoitajille suunnattuja erikoistumiskoulutuksia (Vuorilehto ym. 2010), joita depressiohoitajat voivat hyödyntää omissa täydennyskoulutuksissaan.

Tässä tutkimuksessa masennuspotilaiden hoidon kehittämiseksi ehdotetaan usein vaihtuville terveyskeskuslääkäreille ja muulle perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnalle jatkuvaa koulutusta. Myös psykiatrasta konsultaatiotoimintaa tulisi kehittää valtakunnallisesti. Psykiatrin antama konsultaatio vaihtelee eri terveysasemilla (Vuorilehto & Kivekäs 2012). Lisäksi depressiohoitajat toivovat yhteisiä keskusteluja terveyskeskuslääkäreiden kanssa potilaiden hoidosta ja lääkityksestä sekä enemmän suunniteltuja yhteistyöpalavereita terveysasemille. Riskiryhmiin kohdennetulla seulonnalla voidaan tehostaa depression tunnistamista perusterveydenhuollossa ja hoitaa pääosa depressiopotilaista (Käypä hoito 2010). Masennus liittyy moniin pitkäaikaissairauksiin, kuten sydän- ja verisuonisairauksiin ja diabetekseen (Vanhala 2010, Huttunen 2011). Masennuspotilaiden tunnistaminen todennäköisesti lisääntyy Suomessakin, kun neuvoloiden masennuksen seulonta yleistyy ja kroonisten sairauksien (diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet) seurantaan lisätään mielialan arviointi. Yhtenä yhteistyömuotona voidaan toteuttaa diabetespotilaiden mielialan hallintaryhmiä yhdessä terveyskeskuksen työntekijän kanssa. Neuvoloissa yhteistyössä terveydenhoitajan kanssa voidaan suunnitella ja toteuttaa masentuneille äideille omia masennuksen hallinta ryhmiä.

Depressiohoitajat tekevät myös preventiivistä työtä huomioidessaan masennuksesta kärsivien vanhempiä lapsia, jotta saadaan ehkäistyä mielenterveysongelmien siirtyminen yli sukupolvien. Tässä tutkimuksessa depressiohoitajien potilaiden puoliset eivät tulleet kovin helposti mukaan vastaan-

otolle. Tärkeänä pidettiin, että potilailta kysyttiin, että voiko puoliso tulla mukaan. Potilaat itse eivät sitä osanneet kysyä eivätkä olleet tietoisia aina tästä mahdollisuudesta. Jo yhdenkin kerran mukana olosta olisi hyötyä, sillä puoliso saisi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Lapset - puheeksi mallin rinnalle ehdotettiin aviopuoliso – puheeksi mallia. Työmalliin voisi kehittää mukaan psykoedukatiivista pari- ja perhetapaamismallia. Monilla depressiohoitajilla on pari - ja perheterapiakoulutusta, joten pariterapiaa voisi myös hyödyntää osana masennuksen hoitoa myös perusterveydenhuollossa. Tämä tietysti edellyttää resursseja lisää perhetyöhön ja työnkuvan rajaamista.

Tässä tutkimuksessa nousi esille, että depressiohoitajat toivovat moniammatillisen työryhmän tukea enemmän perusterveydenhuollon organisaatiossa. Moniammatillisten toimintamallien kehittämistä perusterveydenhuollon puolelle tarvitaan edelleenkin. Samoin kollegatuki nähtiin tarpeellisenä jatkossakin. Erikoissairaanhoidon organisaatioon kuuluvat depressiohoitajat kokivat koulutuksiin pääsyn ja oman työn hallinnoinnin paremmaksi kuin perusterveydenhuollon organisaatioon kuuluvat depressiohoitajat. Esimiehen substanssiosaaminen koettiin tärkeäksi jo työn kehittämisen näkökulmasta.

Depressiohoitajien työssä jaksamisen tukemiseksi depressiohoitajat tarvitsevat mahdollisuutta myös yksilötyönohjaukseen riittävän täydennyskoulutuksen ohella. Lisäksi on välttämätöntä, että depressiohoitajat rajaavat työtänsä niin, että he hoitavat nimenomaan heidän työnkuvaansa kuuluvia potilaita. On tarvetta edelleenkin selkeyttää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön työnjakoa. Myös erikoissairaanhoidon mielenterveys- ja päihdepalveluja tulee kehittää ja resursoida paremmin, jotta vaikeammin sairastaneet mielenterveyshäiriöistä kärsivät pääsisivät nopeammin erikoissairaanhoidon palvelujen piiriin.

6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimuksia tarvitaan edelleenkin depressiohoitajan työn sisällöstä. Jatkossa voisi tutkia esimerkiksi depressiohoitajien käyttämiä hoitomenetelmiä ja niiden vaikuttavuutta hoidossa. Lisäksi tutkimuksia voisi tehdä potilaan kokemuksesta tulla autetuksi depressiohoitajan ja potilaan välisessä terapeutisessa vuorovaikutussuhteessa. Verkkovälitteisen terapian soveltuvuutta ja käyttöä olisi tärkeää tutkia myös depressiohoitajan työssä.

Perhehoitotieteellisen tiedon näkökulmasta pitäisi kehittää puolison ja muiden perheen jäsenten huomiointiin liittyviä interventioita ja tutkia puolison kokemusta läheisen sairastuessa masennukseen. Depressiohoitajien ohjaamien hoidollisten ryhmien vaikuttavuudesta voisi tehdä tutkimuksia perusterveydenhuollossa. Samoin depressiohoitajan yhteistyötä eri yhteistyötahojen kanssa voisi tutkia laadullisin menetelmin.

LÄHTEET

- Berg, L. 2000. Vertaisia ja vertaisryhmiä. Luentorunko Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen järjestämästä Psykoedukatiivisen perhe- ja ryhmänohjaus koulutuksesta 6 – 7.9 2007. Luentomoniste saatavilla internetissä [www. sosiaalikallega.fi](http://www.sosiaalikallega.fi).
- Bower P., Gilbody S., Richards D. ym. 2006. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta- regression. *British Journal of Psychiatry*, 189, 484 – 493.
- Burns, N.H. & Grove S. K. 2009. *The Practice of Nursing Research Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 6th Ed. Saunders.
- Castren, E. 2009. Hermoston muovautuvuus ja masennuksesta toipuminen. *Duodecim*, 125, 1787 – 1794.
- Clark, D. & Beck, A. 1999. *Scientific Foundation of Cognitive Theory and Cognitive Therapy of Depression*. New York, Wiley.
- Crawford P., Carr, J., Knight, A., Chambers, K., Nolan, P. 2001. The value of community mental health nurses based in primary care teams:” Switching the light on in a cellar”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 213 – 220.
- Clever S.L., Ford D.E., Rubenstein L.V., Rost K.M., Meredith L.S., Sherbourne C.D., Wang N.Y., Arbelaez J.J., Cooper L.A. 2006. Primary care patients` involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Medical Care*, 44(5), 398 – 405.
- Crawford P., Carr J., Knight A., Chambers K., Nolan P. 2001. The value of community mental health nurses based in primary care teams: “ switching the light on in a cellar”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 213 – 220.
- Cuijpers, P. 2008. Preventing the onset of depressive disorders: a Meta- Analytic Review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1272 – 1280.
- Dalgard, O. 2006. A randomised controlled trial of the psychoeducational group program for the unipolar depression in adults in Norway. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2, 15.
- Dennis, C. & Ross L. 2006. Women`s perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing* 56, 588 – 599.
- Duodecim. 2009. Depression tunnistaminen ei ole helppoa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125 (19), 2050.
- Escribè - Aguir, V., Gonzales – Galarzo M.C., Barona – Vilar C. & Artazcoz L. 2008. Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences? *Journal of Epidemiology and Community Health* 62, 410 – 414.

- Gilbody S., Bower P., Fletcher J. 2006. Collaborative care for depression : a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives of International Medicine*, 166, 2314 - 2321.
- Greenberg, L.S. 2001. *Emotion-focused therapy*. Washington D.C, American Psychological Association.
- Gunnar, M. & Quevedo, K. 2007. The neurobiology of stress and development. *Annual review of psychology* 58, 145 – 173.
- Haarala, P. 2006. *Vauvan varjo. Kokemuksia synnytyksen jälkeisestä masennuksesta*. Helsinki, Kirjapaja.
- Haarala, M. Psykoedukaatio. 2010. Haarala M., Jääskeläinen A., Kilpinen, N., Panhelainen M., Peräkoski H., Puukko O., Riihimäki K., Sundman M., Tauriainen P. Teoksessa *masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Vammalan kirjapaino.
- Heikkilä, J. 2006. Perheen tunneilmapiiri ja potilaan oireilu. *Duodecim* 122, 2113 – 2118.
- Hunkeler E.M., Meresman J.F., Hargreaves W. A., Fireman B., Berman W. H., Kirsch A. J., Groebe J., Hurt S.W., Braden P., Getzell M., Feigenbaum P. A., Peng T., Salzer M. 2000. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Archives of Family Medicine* 9(8), August, 700 – 708.
- Huttunen, M. 2011. Masennustilojen yhteydet muihin sairauksiin. Teoksessa (toim.) Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. *Masennus*, *Duodecim*, 295 – 314, Helsinki.
- Hyvönen S. 2004. *Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä – tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. *Acta Universitatis Tamperensis*. Tampere University Press.
- Isometsä, E. 2006. Masennushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partanen (toim.) *Psykiaatria*. Helsinki: *Duodecim*, 134 – 171.
- Isometsä E. 2009. Näytönastekatsaukset. Psykiatriset konsultaatiot ja työnohjaus perusterveydenhuollossa. Käypä hoito 22.6.2009. <http://www.kaupahoito.fi>
- Jääskeläinen, A., Kuosmanen, L., Vuorilehto, M. & Melartin, T. 2006. Masentuneen potilaan hoitotyö perusterveydenhuollossa. *Sairaanhoitajapäivät*. Luento- ohjelmat ja tiivistelmät. Sairaanhoitajaliitto.
- Jääskeläinen A. 2010. *Depressiokoulu eli masennuksen ryhmämuotoinen hoitomalli*. Haarala, M., Jääskeläinen A., Kilpinen N., Panhelainen M., Peräkoski H., Puukko O., Riihimäki K., Sundman M., Tauriainen P. Teoksessa *masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Vammalan kirjapaino.
- Kankkunen P., Vehviläinen - Julkunen K. 2010. *Tutkimus hoitotieteessä*. Kustantaja WSOY pro Oy, 1. – 2. painos

- Katon W., Robinson P., Von Korff M., Lin E., Bush T., Ludman E., Simon G., Walker E. 1996. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry* 53(10), 924 -932.
- Kiikkala, I. 2001. Mielenterveystyö hoitotyössä – hoitotyö mielenterveystyössä. *Sairaanhoitaja* 5, vol 74, 8 – 11.
- Kilkku N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Kilkku N., Vuokila-Oikkonen P. 2011. Koulutuksella osaamista depressiopotilaan hoitoon. *Sairaanhoitaja* 9, 54 - 57.
- Koffert, T. & Kuusi, K. 2002. Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. Suomen Mielenterveysseura.
- Korkeila, J. 2006. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 32. Helsinki.
- Koskisuu, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita.
- Kuosmanen L., Vuorilehto M., Voipio-Pulkki L.-M., Laitila M., Posio J. & Partanen A. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä. Kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjoprojektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005 – 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 5/2010.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Käypä hoito. 2010. Depressio. Käypähoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 21.10.2010. <http://www.kaupahoito.fi>
- Leppämäki, S. 2006. Liikunta ja kirkasvalo hoito vähentävät masennusoireita. *Kansanterveys* 9/2006.
- Lönnqvist J. 2006. Potilaan tutkiminen. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partanen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 21 – 54.
- Masto-hanke. 2010. Masto-hanke masennusperäisen työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi. <http://www.tartumasennukseen.fi>
- Mattila, A. 2002. Masennus pysähtymisenä elämän tienhaaraan. Teoksessa K. Ketola, S. Knuuttila, A. Mattila & K. Vesala (toim.) *Puuttuvat viestit. Nonkommunikaatio inhimillisessä vuorovaikutuksessa*. Helsinki. Gaudeamus.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2009. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
- Mäkinen M., Wahlbeck K. 2009. Mielenterveyssitoutumus luotsaa mielenterveyspolitiikkaa EU:ssa. *Suomen Lääkärilehti*. 24: 2195-2197.

- Noppi E., Kiiltomäki A., Pesonen A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vammalan kirjapaino Oy.
- Panhelainen, M. Masennuspotilaan hoitotyö. Haarala M., Jääskeläinen A., Kilpinen N., Panhelainen M., Peräkoski H., Puukko O., Riihimäki K., Sundman M., Tauriainen P. 2010. Teoksessa Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Vammalan kirjapaino.
- Parker, G. & Fletcher, K. 2007. Treating depression with the evidence-based psychotherapies: a critique of the evidence. *Acta Psychiatrica Scand.* 115, 352 – 359.
- Parrish, E., Peden, A., Staten, R. 2008. Strategies used by advanced practice psychiatric nurses in treating adults with depression. *Perspectives in Psychiatric Care.* Vol 44, No 4, October, 232 – 240.
- Pohjalaiset masennustalkoot – hanke v. 2004 – 2007. Saatavissa www.masennustalkoot.fi
- Raitasalo, R., Salminen, J.K., Saarijärvi, S. & Toikka, T. 2004. Masennuspotilaiden elämänhallinta, toipuminen ja työkyky. *Suomen Lääkärilehti* 2004, 59 (30-32), 2795- 2800.
- Reilly C.E. & McDanel H. 2005. Cognitive therapy. A training model for advanced practice nurses. *Journal of Psychosocial Nursing*, 43(5), 27-31.
- Ryynänen, E - M. 2004. Masentuneen potilaan toivo ja sitä tukeva hoito. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Saur C. D., Harpole, L. H., Steffens D. C., Fulcher C. D., Porterfield Y., Haverkamp R., Kivett D., Unutzer J. 2002. Treating depression in primary care: an innovative role for mental health nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8, 159 – 67.
- Saur C.D., Steffens D.C., Harpole L.H., Fan M., Oddone E.Z., Unutzer. 2007. Satisfaction and outcomes of depressed older adults with psychiatric clinical nurse specialists in primary care. *Journal of American Psychiatric Nurses Association.* Feb-Mar, 13(1), 62 – 70.
- Schulberg, H. 2001. Treating depression in primary care practice. Applications of research findings. *The Journal of Family Practice* 50 (6), 535 – 537.
- Van Schaik D.J.F., Klijn A. F. J., Van Hout H.P.J., Van Marwijk H. W. J., Beekman A. T. F., De Haan M., Van Dyck R. 2004. Patients` preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry* 26, 184 – 189.
- Solantaus, T. & Ringbom, A. 2005. Käsikirja lapsille ja nuorille, joiden isällä ja äidillä on mielen-terveysongelmia. Helsinki, Kirjapaja.
- Solantaus T. & Paavonen J. E. 2009. Vanhempien mielen-terveyshäiriöt ja lasten psykiatriset on- gelmat. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125 (17), 1839 – 1844.
- Solantaus T., Paavonen J.E., Toikka S. & Punamäki R.-L. 2010. Preventive interventions in families with parental depression: children`s psychosocial symptoms and prosocial behavior. *European Child & Adolescent Psychiatry* 19 (12), 883 – 892.

STM. 2010. Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:1.

Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J.M.G., Ridgeway, V., Soulsby, J & Lau, M. 2000. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 615 – 623.

Tovey A., Harvey L. 2004. A nurse-led service to identify and treat depression in primary care. *Professional Nurse*, 19(8), April, 424 - 425.

Uusia mahdollisuuksia masennuksen hoitoon –projekti v. 2005 - 2007. Tampereen malli lievien ja keskivaikeiden psyykkisten häiriöiden hoitamiseksi.

Vanhala, M. 2010. Diabetes ja masennus – kaksisuuntainen yhteys. *Suomen Lääkärilehti* 65, 1684 – 1685.

Vuorilehto M., Isometsä E. 2003. Terveyskeskuksen konsultoivan psykiatrin potilaiden mielenterveyden häiriöt. *Suomen Lääkärilehti* 8, 911 - 914.

Vuorilehto, M. 2008. Depressive disorders in Primary Health Care. Doctoral dissertation. University of Helsinki, Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, Department of Psychiatry.

Vuorilehto, M., Kuosmanen L., Melartin T. 2008. *Suomen lääkäri* 3 vsk. 63, 190 - 102

Vuorilehto M., Kilkku N., Peräkoski H., Tuulari J. & Vuokila-Oikkonen P. 2010. Depressiohoitajakoulutuksen opetussuunnitelma. Suositus ammattikorkeakouluille.

Vuorilehto M., Kivekäs T. 2012. Depressiohoitaja terveyskeskuslääkärin yhteistyökumppanina – vielä vakiintumaton toimintamalli. *Yleislääkäri* 8, vsk 27, 17 - 21.

Walker L., Barker P., Pearson P. 2000. The required role of the psychiatric-mental health nurse in primary health care: an augmented Delphi Study. *Nursing Inquiry* 7, 91-102.

LIITTEET

Liite 1. Hakutavat eri tietokannoissa

Medic

kehitt* AND työ* AND psykiat* 16 kpl

depressiohoi* 3 kpl

depressi* AND nurs* 52 kpl

psykit* psykiat* AND nurs* AND depress* 16 kpl

psykit* psykiat* AND nurs* AND kehittä* develop* 35 kpl

depress* AND "primary health care" 2010 - 2013 9 kpl

depress* AND nurs* 2010 - 2013 15 kpl

depress* AND nurs* AND psykiat* psychiat* 2010 - 2013 5 kpl

depressiohoi* 2010 - 2013 1 kpl

"Psychiatric Nursing" AND "primary health care" 2010 - 2013 1 kpl

depress* AND nurs* 2010 - 2013 15 kpl

Cinahl

S8	((MH "Primary Health Care")) and (S5)
S7	((MH "Primary Health Care")) and (S5)
S6	(MH "Primary Health Care")
S5	((MM "Depression")) and (S3)
S4	(MM "Depression")
S3	S1 or S2
S2	(MH "Psychiatric Nursing") or (MH "Community Mental Health Nursing")
S1	(MH "Nurses+")
S9	(MH "Interprofessional Relations") or (MH "Nurse-Physician Relations")
S10	(MH "Multidisciplinary Care Team") or (MH "Teamwork")
S11	multiprofessional or cooperati* or collaborat*
S12	multidisciplinary
S13	S8 or S9 or S10 or S11 or S12

S14	S7 and S13
S15	depression clinical specialist* or depression specialist*
S16	clinical nurse specialist*
S17	S6 and S16
S18	S14 or S15 or S17

S1 ja S2 hoitajat/psykiatrinen hoito

S3 aiemmat yhdistettynä or-illa

S4 ja S5 depressio eri tavoin haettuna

S6 depressio-termien yhdistely or-illa

S7 hoitajat/psykiatrinen hoito yhdistettynä depressioon (and)

S8,S9,S10,S11,S12 erilaisia vaihtoehtoja yhteistyölle, moniammatillisuudelle, yhdistetty or-illa S13

S14 yhdistetty depression hoito ja yhteistyö/moniammatillisuus sekä rajattu

S15 haettu "depressiospesialistia" ja rajattu

S16 haettu "clinical nurse specialist" ja yhdistetty se depressioon S17

S18 kaikki erilaiset hakutavat yhdistetty or-illa

Psycinfo

1 exp Psychiatric Nurses/ (1825)

2 psychiatric nurs*.tw. (1933)

3 1 or 2 (2642)

4 depress*.mp. (134795)

5 3 and 4 (229)

Tähän lisäsin nämä termit ja yhdistin aiempaan or:illa:

6 (depression clinical specialist* or depression specialist*).mp. (10)

7 5 or 6 (237)

8 exp Primary Health Care/ (7943)

9 7 and 8 (18)

Yhteistyö-termit:

10 cooperation/ or interpersonal interaction/ (24428)

- 11 cooperat*.tw. (17283)
- 12 interdisciplinary treatment approach/ (4010)
- 13 (multiprofessional* or collaborati*).tw. (27781)
- 14 collaboration/ (2414)
- 15 teams/ or work teams/ (6744)
- 16 interprofessional relation*.mp. (49)
- 17 employee interaction/ (1836)
- 18 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 (71041)

Depression hoito ja yhteistyön eri termit (ei primary health carea)

- 19 7 and 18 (21)
- 20 from 19 keep 1-21 (21)
- 21 limit 20 to (english language and yr="2000 -Current") (13)
- 22 from 21 keep 1-13 (13)

Medline

- 1 depression clinical specialist*.mp. (6)
- 2 depression specialist*.mp. (3)
- 3 1 or 2 (9)

42 and 47

- Search terms used: yht. 28 kpl

- care
- depress*
- depression
- depressive disorder
- health
- mental
- nurs*
- primary
- primary health care
- psychiatric
- psychiatric nursing
-
- limit 11 to yr="2010 -Current"

- Search terms used: 77 yht.

- depress*
- depression

- depressive disorder
- health
- mental
- nurs*
- psychiatric
- psychiatric nursing

Liite 2. Saatekirje ja esseekysymykset depressiohoitajalle

Hyvä Depressiohoitaja!

Tutkimukseni aiheena ovat depressiohoitajan työ ja työn kehittämishaasteet masentuneiden potilaiden hoitotyössä terveyskeskuksessa. Aikaisempaa suomalaista hoitotieteellistä tutkimusta aiheesta ei ole tehty. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä masennuspotilaiden hoitotyön käytäntöä. Varhainen masennuksen tunnistaminen ja nopea hoitoon pääsy ehkäisevät tehokkaasti masennuksen kroonistumista ja työkyvyttömyyteen johtavia sairauspoissaoloja.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Antamasi tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tutkimuksen tulokset esitetään niin, ettei niistä voi erottaa yksittäisen henkilön antamia tietoja. Aineisto kerätään kirjoitelmoina ja niiden analysoinnin jälkeen syventäisin tietoja haastatteleamalla vapaaehtoisia tutkimukseen osallistujista. Tutkimukseen on saatu tutkimuslupa kunkin alueen ylihoitajalta tai hoitotyönpäälliköltä.

Pyydän Sinua ystävällisesti kirjoittamaan vastaukset kysymyksiin ja palauttamaan vastauksesi 31.8.12 mennessä sähköpostitse alla olevaan osoitteeseen. Jos olet halukas osallistumaan haastatteluun, laita mukaan yhteystietosi, jotta voin myöhemmin ottaa Sinuun yhteyttä haastattelua varten.

Tutkimustulokset raportoidaan pro gradu - tutkielmana, joka julkaistaan Tampereen yliopiston tutkielma-tietokannassa. Opinnäytetyöni ohjaajina ovat dosentti Marja Kaunonen ja professori Eija Paavilainen Tampereen yliopiston terveystieteiden yksiköstä. Lisätietoja tutkimuksesta saat tutkimuksen tekijältä.

Yhteistyöstä kiittäen!

Eija Alanen

Oh, TtK, TtM- opiskelija

Terveystieteiden yksikkö

Tampereen yliopisto

eiija.alanen@uta.fi

xxxxxxxxxxxx

ESSEEKYSYMYKSET

Ole hyvä ja kirjoita vastauksesi allaoleviin kysymyksiin:

Taustatiedot:

Ikäsi ____ vuotta

Koulutustaustasi (myös mahd.lisäkoulutukset)

Työvuosien määrä (kaikkiaan ____ vuotta)

Toimiminen depressiohoitajan tehtävissä? ____

Asema organisaatiossa (perusterveydenhuollossa vai erikoissairaanhoidossa?)

Ole hyvä ja vastaa esseemuodossa seuraaviin kysymyksiin:

- 1. Kuvaa depressiohoitajan työtäsi ja tehtäviäsi masentuneiden potilaiden hoitotyössä terveyskeskuksessa**
- 2. Kuvaa, millaista yhteistyötä teet eri yhteistyötahojen kanssa (terveyskeskus, erikoissairaanhoito, työterveyshuolto, kolmas sektori ym.)**
- 3. Kuvaa, miten haluaisit kehittää työtäsi?**

Lämmin kiitos vastauksistasi!

Yhteystietosi:

Liite 3. Teemahaastattelun runko

1. Depressiohoitajan työ ja tehtävät

- Potilasaines, hoitoon tulo (taustatietoina)
- Työnkuva
- Hoitokeinot
- Perheen huomioiminen

2. Depressiohoitajan työssä jaksaminen

- Työhön saatu tuki

3. Depressiohoitajan ja yhteistyötahojen välinen yhteistyö

- Yhteistyön toimivuus ja laajuus
- Haasteet
- Tulevaisuus

4. Depressiohoitajan työn kehittäminen

- Asiakastyö
- Resurssit
- Haasteet
- Työn kehittäminen

Liite 4. Taulukko depressiohoitajan työhön liittyvistä tutkimuksista

Tekijä	Tutkimusaihe	Tutkimusmuoto	Tulokset
Bower et al. 2006 (Englanti)	Depressiohoitajan rooli, psykiatrin ja perusterveydenhuollon lääkäreiden välinen yhteistyö	Meta-analyysi n= 28 (lääkehoidon tutkimusta) n= 34 (depression ennustetta koskeva tutkimus)	Kolmikantayhteistyö paransi masennuslääkehoidon toteutumista sekä depression ennustetta. Depressioennusteen osalta merkittäviksi positiivisiksi selittäjiksi nousivat a) potilaiden rekrytointi systemaattisen tunnistamisen perusteella b) depressiohoitajien psykiatrinen kokemus c) depressiohoitajien säännöllinen psykiatrin antama työnohjaus
Clever et al. 2006 (USA) Psyk.sairaanhoitajalla aktiivinen rooli interventiossa, arviointia, yhteistyö lääkärin kanssa	Potilaan osallistuminen päätöksentekoon oman hoitonsa suhteen, sen vaikutus mm. depressio-oireiden parantumiseen	Prospektiivinen kohorttitutkimus n= 1706 (oiremittarit ja satunnaistaminen)	Potilaat, jotka osallistuivat päätöksentekoon saivat parempia tuloksia depression hoidossa. Potilaiden aktiivinen rooli ja heidän mielipiteidensä kuuleminen on tärkeää. Kommunikaation merkitys tärkeämpi kuin yhdenmukaisten ohjeiden saanti
Crawford et al. 2001 (Englanti)	Perusterveydenhuollon työntekijöiden näkemyksiä psyk.sairaanhoitajan roolista ja hoidon vaikuttavuudesta	Survey n= 54	Tyytyväisiä oltiin psyk.sairaanhoitajien palveluihin mm. arviointiin, kriisityöhön, ohjaukseen, erilaisiin interventioihin, lääkityksen seurantaan Pääsy hoitajan luo nopeaa, joustavaa

<p>Gilbody et al. 2006 (Englanti)</p> <p>Mukana tutkimukset, jossa hoitomalli sisälsi depressiohoitajan (case manager) 2 – 14 hoitosessiota sekä tämän työtä ohjaavan konsultoivan psykiatrin roolit</p>	<p>Depression tavanomaisesti organisoidun hoidon tuloksellisuutta verrattiin kolmikantayhteistyönä toteutettuun hoitomalliin (collaborative care)</p>	<p>Meta-analyysi</p> <p>37 satunnaistettua tutkimusta, jossa n= 12 355 perusterveydenhuollon depressiopotilasta</p>	<p>Collaborative care-malli kohensi depression hoidon tuloksellisuutta kuuden kk:n seurannassa. Tehokkuuden syitä kartoitettaessa keskeisiä selittäjiä olivat a) parempi lääkehoidon toteutuminen b) depressiohoitajan aiempi psykiatrinen kokemus c) hoitajan saama säännöllinen työnohjaus konsultoilta psykiatrilta</p>
<p>Hunkeler et al. 2000 (USA)</p>	<p>Psyk.sairaanhoitajan antaman puhelintuen vaikutus depression hoidossa (mielialalääkitys mukana)</p>	<p>Kokeellinen tutkimus n= 302</p>	<p>Puhelimitse tuki ja riittävä seuranta lääkityksen aikana. 50 %:lla potilaista depressio-oireet vähenivät kuuden viikon aikana(oiremittarit). Samoin toimintakyky ja hoitotyytyväisyys lisääntyivät.</p>
<p>Parrish et al. 2008 (USA)</p>	<p>Depressiohoitajan käyttämiä menetelmiä masennuspotilaan hoidossa</p>	<p>Laadullinen tutkimus n= 10 depressiohoitajaa</p> <p>Haastattelu (puoli-strukturoitu)</p>	<p>Terapeuttinen vuorovaikutussuhde, aktiivinen kuuntelu korostuvat. Taustalla on kokonaisvaltainen näkemys hoidosta.</p> <p>Psykoterapeuttisia menetelmiä käytössä (kognitiivinen ja interpersoonallinen terapia). Lääkehoidon toteutus osana muuta hoitoa.</p>
<p>Reilly et al. 2005 (USA)</p>	<p>Psyk. sairaanhoitajan koulutus, evidence-based cognitive therapy-model</p>	<p>Tieteellinen artikkeli</p>	<p>Kognitiivinen terapia on masentuneiden potilaiden hoidossa todettu tehokkaaksi. Se lisää hoitoon sitoutumista ja vähentää erikoissairaanhoidon tarvetta</p>

Saur et al. 2000 (USA)	IMPACT-ohjelmassa (moniammatillinen työryhmä) Ikääntyvien yli 60v, depression hoidon vaikuttavuutta. Mielialalääkitys vai ratkaisukeskeinen terapia?	Kokeellinen tutkimus n= 1801 (seuranta mukana)	Moniammatillisessa työryhmässä psyk.sairaanhoitajalla asiantuntijarooli oman alansa edustajana (12 kk interventio, seuranta yksi vuosi). Asiantuntijaroolissa korostuivat mm. moniammatillinen hoito ja yhteistyö, arviointi, lääkehoidon seuranta, psykoedukaatio, ratkaisukeskeinen hoitomalli, potilaalla aktiivinen rooli
Saur et al. 2007 (USA)	Potilaiden tyytyväisyys depressiohoitajien antamaan hoitoon perusterveydenhuollossa sekä hoidon vaikuttavuudesta. Kohderyhmänä 60v. ja sitä vanhemmat depressiota sairastavat	Survey (seurantatutkimus, 12kk:n jälkeen) n= 105	Suurin osa oli tyytyväinen saamaansa hoitoon. Tulevaisuudessakin hakeutuisivat depressiohoitajan vastaanotolle. Terveystilassa todettu kohentumista.
Schaik et al. 2004 (Hollanti)	Psykoterapiaa vai mielialalääkitys potilaan valitsemana interventiona ja valitun intervention vaikutus hoitoon	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 9 artikkelia (kuusi tutkimusta)	Suurin osa psykoterapian kannalla, koska psykoterapian oletettiin auttavan depression taustalla oleviin tekijöihin. Mielialalääkityksen oletettiin aiheuttavan riippuvuutta. Potilaan mahdollisuudella valita hoitomuoto oli vaikutusta hoidon tehoon

Vuorilehto 2008 (Suomi)	Perusterveydenhuollon asiakkaina olevien masennuspotilaiden ilmaisemia oireita	Kvantitatiivinen + kvalitatiivinen n= 1111 (masennusoirekysely), n= 137 (lopullisessa tutkimusryhmässä). Väitöskirja	Masennuspotilaiden toipuminen jää usein kesken. Depressio usein uusiutuu. Ohjaus on tärkeää sairauden toipumisvaiheessa. Työnjako ja yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tulisi selkiyttää
Vuorilehto & Kivekäs 2012 (Suomi)	Depressiohoitajatoiminnan sisällön ja kehittämistarpeiden kartoittamista depression hoidon tehostamiseksi perusterveydenhuollossa	Survey n= 69 depressiohoitajaa	Depressiohoitajatoiminnan järjestämistapa vielä vaikiintumaton. Hoitajan työ vaihtelee laaja-alaisen yleispsykiatrisen hoitotyön ja kolmiomallin mukaisen strukturoidun depression hoidon välillä. Vain puolella työ on pääasiassa depression hoitotyötä. Hoitajat ovat huolissaan työssä jaksamisesta. Hoidon tehokkuutta saattoi vähentää terveyskeskuslääkäreiden vaihteleva osaaminen ja psykiatrituen puute.
Walker et al. 2000 (Englanti)	Psyk.sairaanhoitajan tehtävistä perusterveydenhuollossa	Delphi-tutkimus n= 22 (hoitajia, lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä ja hallinnon edustajia)	Psyk.sairaanhoitajan roolin laajentamista konsultoivaksi sairaanhoitajaksi (yhdistyisi terapeutin, konsultoivan sairaanhoitajan, yhteistyöagentin ja arvioijan roolit)

Liite 5. Esimerkki haastatteluai- neiston pelkistämisestä ja luokit- telusta				
Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Yläkatego- ria	Pääkate- goria	Yhdistetty kategoria
" Mutta enimmäkseen kuitenkin sitä, todellakin sitä keskustelua ja kuuntelua ja sellasta mahdollisuutta laajentaa sen ihmisen omaa ajattelua, että hän jotenkin oivaltaisi itse niitä asioita ja koko ajan pitää mielessä se, että tavoitellaan jotakin."	Keskustelua.Kuuntelua. Tavoitteellisuutta. Potilaan oman oivalluskäynnin lisäämistä	Terapeuttiset tukevat keskustelut	Depressiohoitaja terapeutina	Depressiohoitajan moniulotteinen rooli
" Kyl ne mun mielestä kohtuullisen terapeuttisii keskusteluja ihmisten elämäntilanteesta, keskustelukäynnit	Terapeuttisia keskusteluja ihmisten elämäntilanteesta			
" Mä ite aattelen, että mun tehtävä on toivoa ylläpitää. Kun ajatellaan sillei, et sen toivon ylläpitäminen tästä, että on mahdollisuus toipua. Ja semmonen tietynlainen kannattelu. Et semmonen toivon ylläpitäminen... että ihmisellä on hirveen paljon vaikeita asioita, niin sen ilon jostakin löytäminen mutta sen löytäminen, se on musta se tärkeä pointti, et on tässä elämässä hyvääkin, vaikka se näyttääkin toiselta."	Toivon ylläpitäminen. Tuki ja kannattelu. Ilon löytäminen jostakin. Elämässä on jotain hyvääkin.			
"Sit mun pitää uskoa ja toivoa luoda heihin, että tän pitäis olla ohimenevää ja sitten puhutaan ja keskustellaan taas ja yleensä siinä potilas on oman elämänsä kanssa niin sotkussa, että hän ei oo ehkä koskaan aikaisemmin puhunut omista asioistaan kenellekään. Niin minä olen se."	Uskon ja toivon luomista. Tulevaisuuteen suuntaamista. Luottamuksen herättämistä			
" tuli nyt vaan mieleen, että vois silleenkin pitää yhteistä ryhmää, koska masennus liittyy diabetekseen."	Voisin pitää yhteistä ryhmää diabeteshoitajan kanssa	Yhteinen ryhmä diabeteshoitajan kanssa	Potilas/asiakas työn kehittäminen	Depressiohoitajan työn kehittäminen
T:" Ahdistuksen sieto on se toinen mikä pitää kans olla. ahdistuksen sieto, paniikkihäiriö ja masennusryhmät on tarpeen. ..."	Ahdistuksen sieto, paniikkihäiriö ja masennusryhmät tarpeen	Ahdistuksen sieto-, paniikkihäiriö- ja masennusryhmät tarpeellisia.		

"Mä tietenkin tykkäisin tehdä enemmän perhetyötä.. mut täällä ei resurssit riitä eikä aika millään lailla. "	Haluaisi tehdä enemmän perhetyötä..mutta resurssit eikä aika riitä millään tavalla.	Lisää resursseja perhetyöhön		
" Ja sit antaa informaatiota siitä masennuksesta.. mut se on vaan sanaa masennus, ei ikinä puhuta siitä, mitä se on ja mitä se tarkoittaa..."	Antaa informaatiota masennuksesta. Mut se on vaan sana se masennus, ei ikinä puhuta siitä, mitä se on ja mitä se tarkoittaa.	Informaation antaminen masennuksesta. Mitä masennus on kokemuksesta		
"Sitä en oo koskaan tehnyt, että olisin mennyt lääkärin pakeille jonkun potilaan kanssa. Mä en usko, että se olis yhtään mahdollista, mutta en oo tunkenu..."	Toivoo, että voisi tavata potilasta myös välillä yhdessä lääkärin kanssa.	Potilaan tapaaminen välillä yhdessä lääkärin kanssa.	Yhteistyön kehittäminen	Depressiohoitajan työn kehittäminen
" Nää ihmiset on niin moniongelmaisia, ikävä sanoo, mutta suurin osa on niin, ettei siinä kyllä yksin vaan pärjää. ..Et se semmonen moniammatillisuus johonkin työmalliin "	Asiakkaat moniongelmaisia. Tärkeää saada moniammatillinen tiimi työmalliin.	Asiakkaat moniongelmaisia. Moniammatillinen tiimi työmalliin.		
" Niin, mutta kun tää ei saisi olla jatkohoitopaikka, poliklinikalle,kun sieltä laitetaan potilas pois ja se kesän ajan keikuttelee sitten jollakin lailla kotona, niin tää marssi alkaa uudestaan alusta."	Tämä ei saisi olla jatkohoitopaikkana psykiatrisen poliklinikkoille	Ei jatkohoitopaikkana		